

**Tramas emocionales en las prácticas de cuidado:  
Entre el disciplinamiento y la colectivización de los afectos de  
profesionales de enfermería**



**Tramas emocionales en las prácticas de cuidado:  
Entre el disciplinamiento y la colectivización de los afectos de profesionales de  
enfermería**

**Emotional plots in care practices:  
Between the disciplining and the collectivization of nursing professional's  
affections**

Yamileth Castaño Mora

Tesis doctoral presentada para optar al título de Doctor en Enfermería

Asesora

Beatriz Elena Arias López, Doctor (PhD) en Salud Mental

Universidad de Antioquia  
Facultad de Enfermería  
Doctorado en Enfermería  
Medellín, Antioquia, Colombia  
2024

<b>Cita</b>	(Castaño Mora, 2024)
<b>Referencia</b>	Castaño Mora, Yamileth (2024). Tramas emocionales en las prácticas de cuidado: Entre el disciplinamiento y la colectivización de los afectos de profesionales de enfermería [Tesis doctoral]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
<b>Estilo APA 7 (2020)</b>	



Doctorado en Enfermería, Cohorte V.

Grupo de Investigación Políticas Sociales y Servicios de Salud.

Centro de Investigación Facultad de Enfermería (CIFE).



Biblioteca Enfermería

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## **Dedicatoria**

A todas aquellas *personashistorias* que relatan afectos y tejen resistencias en clave colectiva y solidaria.

## **Agradecimientos**

Al espíritu dador de inspiración.

A la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle, docentes y personal administrativo, por su apoyo durante mi proceso formativo como facilitadores y garantes del mismo.

Mi admiración a Beatriz, mi asesora, la mujer que me movilizó a considerar opciones diferentes en la construcción de pensamiento de enfermería.

A l/s expert/s, investigador/s y profesionales enfermer/s que me brindaron su tiempo y sabiduría durante el estudio exploratorio, su guía me permitió refinar aspectos teóricos y metodológicos fundamentales para el inicio del proceso investigativo.

Al inolvidable grupo de participantes, enfermer/s que me contaron sus historias, me hicieron parte de su biografía, me aceptaron, reconocieron y sanaron. Sus palabras y gestos perdurarán por siempre en una hélice infinita, en la que sus relatos seguirán unidos a los míos.

A Carlos y Ana, mis padres, por su coraje para cumplir sus sueños de construir una familia y educar a sus hijas, pese a todas las dificultades que debieron superar. Son mi mayor orgullo y la razón de mi existencia.

A mi hermana Aleja, mi cuñado y mi sobrina, así como también a mi comadre Amelia, por su incansable acompañamiento y aliento durante este proceso, por haber vivido una pandemia y un confinamiento junt/s que fueron, en definitiva, los mejores momentos de mi historia reciente.

A Rodri, por ser el hermano mayor que la vida me regaló y por haber permanecido a mi lado en los momentos de mayores afugias durante mi biografía.

A l/s estudiantes, que han secundado mis propuestas académicas y de vida. Toda mi admiración y respeto para ell/s.

Y finalmente, mis amados canes Celia Maya, Lucky y Mitones, por estar a mi lado colmándome de amor y ternura.

## Tabla de contenido

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>1. Presupuestos de partida</b>	<b>13</b>
1.1 Aspectos epistemológicos	13
1.2 Aspectos conceptuales	24
1.3 Memoria metodológica	29
<b>2. Hallazgos</b>	<b>49</b>
2.1 Aspectos biográficos significativos de la vida personal y profesional	50
2.1.1 Lo masculino y lo femenino	50
2.1.2 Cercanía al dolor, la finitud y la muerte	55
2.1.3 Convertirse en cuidador/ permanente	59
2.1.4 Interacciones conflictivas de alta exigencia emocional	62
2.2 Metamorfosis biográfica: epifanías que iluminan el camino personal y profesional	67
2.2.1 Inflexiones que redefinen valores y prioridades	69
2.2.2 Revelaciones y conocimiento personal	73
2.2.3 Superación de obstáculos	77
2.2.4 Inspiración que transforma	81
2.3 Tramas de sentido emocional	85
2.3.1 Pragmatismo y blindaje emocional	85
2.3.2 Exigencias emocionales	89
2.3.3 Mandatos emocionales	94
2.3.4 Interacción emocional	99
2.4 Metáforas de las emociones y el cuidado	103
2.4.1 Encarnación emocional	104
2.4.2 Negociación emocional	108

2.4.3 Estigmatización emocional	111
<b>3. Discusión</b>	<b>116</b>
3.1. <i>Entre madres/maternajes y héroes/heroicidades: metáforas encarnadas del patriarcado en la enfermería</i>	117
3.2 <i>Profesionales enfermer/s y tramitación afectiva: muerte y finitud</i>	126
3.3 <i>Disciplinamiento afectivo y control de las subjetividades enfermeras</i>	136
3.4. <i>Narrativa biográfica y emociones: el reto de colectivizar los afectos en la enfermería</i>	148
<b>4. Conclusiones</b>	<b>156</b>
4.1 <i>Preámbulo</i>	158
4.2 <i>Aprendizaje epistemológico: hacia una enfermería basada en narrativas</i>	161
4.3 <i>Aprendizaje práctico: Hacia la colectivización de los afectos y las emociones en enfermería</i>	165
4.4 <i>Aprendizaje metodológico: El patrón de uso de las palabras</i>	168
<b>5. Recomendaciones y limitaciones</b>	<b>172</b>
5.1 <i>Recomendaciones</i>	172
5.1.1. Producción y divulgación de conocimiento	172
5.1.2. Praxis en enfermería	172
5.1.3. Formación en enfermería	173
5.2 <i>Limitaciones</i>	173
<b>6. Referencias</b>	<b>174</b>
<b>Anexos</b>	<b>204</b>

## Lista de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Entornos laborales como fuente de sufrimiento emocional	<b>192</b>
<b>Tabla 2.</b> Intervenciones promocionales y preventivas para mejorar el rendimiento laboral.	<b>196</b>
<b>Tabla 3.</b> Las emociones en la narración biográfico expresiva.	<b>199</b>
<b>Tabla 4.</b> Patrones de uso de la palabra emoción y afines en los modelos conceptuales funcionalista, construccionista y de giro afectivo.	<b>25</b>
<b>Tabla 5.</b> Patrones de uso de la palabra emoción y afines en las visiones y modelos conceptuales de enfermería.	<b>27</b>
<b>Tabla 6.</b> Compilación de memoria metodológica.	<b>29</b>
<b>Tabla 7.</b> Resumen de datos sociobiográficos.	<b>35</b>
<b>Tabla 8.</b> Presentación biográfica de l/s participantes.	<b>37</b>
<b>Tabla 9.</b> Estrategias garantes para el cumplimiento de criterios de rigor.	<b>46</b>
<b>Tabla 10.</b> Compilación de hallazgos y su correlación con objetivos.	<b>49</b>

## **Lista de Figuras**

<b>Figura 1.</b> Estrategia de búsqueda para el estado del arte.	<b>5</b>
<b>Figura 2.</b> Flujo de sistematización y búsqueda de resultados.	<b>6</b>
<b>Figura 3.</b> Corpus del estado del arte.	<b>6</b>
<b>Figura 4.</b> Sistema Conceptual Teórico Empírico SCTE propuesta inicial.	<b>23</b>
<b>Figura 5.</b> Sistema Conceptual Teórico Empírico SCTE propuesta renovada.	<b>24</b>
<b>Figura 6.</b> Registro fotográfico de actividades multisensoriales.	<b>201</b>
<b>Figura 7.</b> Registro fotográfico de boticas y canastas de cuidado personal.	<b>203</b>
<b>Figura 8.</b> Compilación conclusiones	<b>157</b>

## **Siglas, acrónimos y abreviaturas**

<b>ACOFAEN</b>	Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
<b>ANEC</b>	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
<b>APA</b>	American Psychological Association
<b>BURNOUT</b>	Síndrome de desgaste profesional
<b>CINAHL</b>	Cumulative Index of Nursing and Allied Literature Complete
<b>DECS</b>	Descriptores en Ciencias de la Salud
<b>EBN</b>	Enfermería Basada en Narrativas
<b>EMBASE</b>	Excerpta Medica Data BASE
<b>MBN</b>	Medicina Basada en Narrativas
<b>MESH</b>	Medical Subject Headings Encabezados de Temas Médicos
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de Salud
<b>PHD</b>	Philosophy Doctor
<b>RAE</b>	Real Academia Española
<b>REDALYC</b>	Revistas Científicas de América Latina y el Caribe
<b>SCIELO</b>	Scientific Electronic Library Online
<b>SCTE</b>	Sistema Conceptual Teórico Empírico
<b>SOAT</b>	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
<b>UDEA</b>	Universidad de Antioquia
<b>UNESCO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura

## Resumen

Introducción: Durante el siglo XIX la enfermería inició su proceso de estructuración como ciencia, hecho que dio lugar al surgimiento de la etapa profesional, la cual coincidió con el fortalecimiento del positivismo y el mandato racionalista que centró la profesión en aspectos fisicotécnicos y eliminó la implicación emocional en búsqueda de la objetividad. Hoy se afirma que la emotividad está indisolublemente ligada a la práctica y su inclusión ayuda a la comprensión que l/s profesionales tienen de sí mism/s y de otras personas. Aunque la retórica de la enfermería reconoce las emociones, su desarrollo sigue apegado a lógicas positivistas que niegan, reprimen, instrumentalizan y/o patologizan los afectos. Objetivo: Comprender las tramas emocionales que emergen en las prácticas de cuidado desde la narrativa biográfica de profesionales enfermer/s. Metodología: Investigación basada en el enfoque interpretativo hermenéutico de Ricoeur a partir de narrativas biográficas de enfermer/s. Resultados: Sobresalen eventos biográficos relacionados con lo masculino y lo femenino; la cercanía al dolor, la finitud y la muerte; convertirse en cuidador permanente y las interacciones conflictivas de alta exigencia emocional como puntos de inflexión que marcan tramas de sentido relacionadas con pragmatismo, exigencias, mandatos e interacciones dispuestas en metáforas de encarnación, negociación y estigmatización emocional. Conclusiones: Las tramas emocionales visibilizan la sanción estructural del cuerpo feminizado, el cuidado y los afectos, estandarizados bajo el influjo patriarcal y heteronormativo que ha derivado en la pervivencia de modelos biomédicos positivistas. Esto perpetúa el silenciamiento y disciplinamiento emocional en las lógicas de cuidado, colmadas por enfoques eficientistas. Frente a este panorama, alternativas epistemológicas como el cuidado biográfico narrativo unitario pueden contribuir a fortalecer una praxis de colectivización afectiva en la enfermería.

*Palabras clave:* enfermería, emociones, narrativa personal, cuidado de enfermería  
(Fuente: DeCs)

## **Abstract**

Introduction: During the 19th century, nursing began its structuring process as a science, giving rise to the emergence of the professional stage that coincided with the strengthening of positivism and the rationalist mandate that focused the profession on physical-technical aspects and eliminated emotional involvement in defense of objectivity. Today, it is stated that emotionality is inextricably linked to practice and its inclusion contributes to the understanding that professionals have of themselves and others. Although the rhetoric of the discipline recognizes emotions, its development remains attached to a positivist logic that denies, represses, instrumentalizes and/or pathologizes affects. Objective: Understanding the emotional plots that emerge in care practices from the biographical narrative of nursing professionals. Methodology: Research based on Ricoeur's hermeneutic interpretive approach from the biographical narratives of nurses. Results: Elements related to the masculine and the feminine, the closeness to pain, finitude and death, becoming a caregiver/permanent and conflictive interactions of high emotional demand are highlighted. These biographical events constitute turning points that mark plots of emotional meaning related to pragmatism, demands, mandates and interactions, arranged in metaphors of incarnation, negotiation and emotional stigmatization. Conclusions: The emotional plots make visible the structural sanction of the feminized body, care and affections, standardized under the patriarchal and heteronormative influence that has led to the survival of positivist biomedical models. This perpetuates the silencing and emotional disciplining in nursing care logics, filled by efficiencyist approaches. Faced with this panorama, epistemological alternatives such as unitary narrative biographical care can contribute to strengthening a praxis of affective collectivization in the discipline.

*Keywords:* nursing, emotions, personal narrative, nursing care (Source: DeCs)



## Introducción

*“No podía darme el lujo de quebrarme, de sentir dolor. Alguien tenía que ser fuerte para seguir con todo. La casa, el trabajo, la vida. Pero aquí sí puedo llorar, expresar lo que siento, recordar...”*

Entrevista con Nena, mayo de 2022.

Desde mi formación de pregrado el mundo de las emociones me generó una profunda fascinación. Intuí que detrás de toda la cortina medicalizada que proponen los actuales sistemas internacionales de diagnóstico y tratamiento existía un interés de unificación y control comportamental. A lo largo de mi carrera profesional observé y viví sufrimientos intensos que fueron silenciados bajo consignas culturales recurrentes: “el que se enoja pierde”, “controla tus emociones”, “nunca dejes que nadie te vea llorando”, “hay que reír para no llorar”...

Poco a poco percibí que ese dolor se profundizaba y transformaba la esencia de cada ser. Terminé creando pequeños espacios de escape, “respiraderos”, vinculados desde mi labor docente con los encuentros formativos centrados en las emociones dispuestas a través de relatos y multiplicidad de expresiones narrativas: fotobiografías (fotovoz), collages, diarios de campo, juegos, representaciones, dibujos y, en general, una variedad de instalaciones artísticas que emergían en medio del proceso académico. Justo allí me percaté de que mi vida estaba sanando sin diagnósticos ni medicamentos, sino con historias que tejieron fuertes entramados afectivos de sostén. Esta tesis honra dicho hito de mi vida personal que me encaminó hacia el estudio de las emociones de profesionales enfermer/s a través de la escucha de narrativas biográficas. Siendo consecuente con esta apuesta, escribo en primera persona, como lo sugiere la metodología, y develo mis propios sentimientos desde ejercicios de reflexividad constante que presento en momentos específicos del escrito.

En esta introducción incluyo una compilación de los antecedentes, el planteamiento del problema y la justificación, así como también la pregunta problema y los objetivos. En los presupuestos de partida presento los fundamentos epistemológicos que soportan la investigación, poniendo en diálogo elementos del enfoque narrativo Ricoeuriano con la visión unitaria transformativa Rogeriana. Seguidamente, expongo los

modelos explicativos históricamente reconocidos en relación con las emociones, e incluyo una revisión del patrón de uso de dicho término y sus afines al interior de los referentes teóricos de mayor abstracción en la holarquía de conocimiento de enfermería<sup>1</sup>.

De manera adicional, dentro de este apartado se encuentra una sección denominada *Memoria metodológica*, que refiere de forma detallada el contraste entre lo que se planeó inicialmente en la propuesta y lo que fue sucediendo, paso a paso, durante el trabajo de campo. Dispuse una presentación de cada un/ de l/s participantes, empleando pseudónimos con los que quisieron nombrarse, en un ejercicio de libertad y preservación de la intimidad. Dicha presentación tiene una naturaleza biográfica narrativa, por lo cual se basa en un resumen de elementos sociobiográficos que fueron recopilados a lo largo de las conversaciones.

El apartado de *Hallazgos* comienza con un relato icónico asociado a cada uno de los resultados, acompañado de un representador gráfico y la descripción extensa de los datos empíricos. La *Discusión*, por su parte, recoge cuatro temas trazadores que emergen de las narrativas de l/s participantes para tejer un diálogo de la enfermería con otros campos del saber, problematizar algunos debates y proponer derivas prácticas. La sección de *Conclusiones* gira en torno a los aportes que esta investigación propone desde lo epistemológico, lo metodológico y la praxis de enfermería.

Debo mencionar que la escucha de las historias de vida de l/s participantes me llevó a evocaciones profundas que, convertidas en puntadas, dieron lugar a la creación de una narrativa textil propia de carácter reflexivo, la cual elaboré en una prenda significativa de mi vida profesional. Dicha narrativa textil se integra en el diseño del presente informe. Adicionalmente, dado el compromiso que tengo de apropiarme de un lenguaje incluyente que libere a las palabras de binarismos, a lo largo del texto uso la

---

<sup>1</sup> Estructura propuesta por Fawcett (2004) que hace referencia a la organización del conocimiento de enfermería por niveles de abstracción. El término holarquía proviene de la palabra *holón*, combinación de la expresión griega *holos*, que significa el todo, y el sufijo *on*, que traduce partícula o parte. El holón es una parte identificable de un sistema a la vez que el sistema mismo. Dicha estructura está integrada en el nivel de mayor abstracción por el *metaparadigma* que contiene las definiciones fundamentales de la enfermería (cuidado, persona, salud, entorno), seguido de las *filosofías o visiones paradigmáticas* denominadas *particular determinística*, *interactiva/integrativa* y *simultánea transformativa*; por otra parte, el tercer nivel de abstracción señala los *modelos conceptuales* de enfermería. Posteriormente se encuentra el holón de *teorías* que contiene grandes teorías, teorías de mediano rango y teorías prácticas y, finalmente, el punto más concreto de la estructura tiene que ver con los *indicadores empíricos* integrado por narrativas, e instrumentos de investigación y clínicos.

barra diagonal (/) para reconocer las diversidades en las identidades de género de l/s participantes. Esta decisión se fundamenta en las propuestas que entienden el lenguaje como un acto político más que gramatical, con efectos de transformación sobre la realidad (Caputo, 2024).

Finalmente, acogéndome al espíritu profundamente terapéutico que la narración biográfica afectiva permite, este documento guarda la ilusión de que su lectura sea en sí misma sanadora, para cada persona que se acerque a esta pieza científica. Sea usted bienvenid/.

### **Antecedentes y planteamiento del problema**

*El miedo encoge, congela, silencia. El menosprecio hiere con profundidad el alma.*

*Con sorpresa escuché que vivía sufrimientos comunes con l/s participantes y me pregunté:*

*¿Será el afecto el camino emancipatorio de sanación y transcendencia profesional?*

Memorias de asesoría escritural. Yamileth Castaño Mora, febrero de 2024.

Durante el siglo XIX la enfermería inició su proceso de estructuración como ciencia, lo cual dio lugar al surgimiento de la denominada *etapa profesional*, que coincidió con el fortalecimiento del paradigma positivista, marco epistemológico de predilección en la época para la producción de conocimiento. Dicho marco promovió un mandato racionalista que determinó que el interés de la profesión se centrara en aspectos físicotécnicos, asumiendo la no implicación emocional en defensa de la objetividad, puesto que sin la influencia de los sentimientos la actuación profesional no tendría riesgo de nublarse o cuestionarse en su rigor científico (Rueda, 2014). Desde entonces, se ha esperado de l/s profesionales un comportamiento de neutralidad afectiva que supone no dejarse llevar por simpatías y transferencias emotivas durante la interacción (Martín et al., 1997).

El rechazo al mundo emocional tiene sus raíces históricas desde las sociedades antiguas. Los griegos diferenciaron los llamados contenidos afectivos del alma de los contenidos racionales, al considerar que las pasiones sobrevenían al ser humano como una invasión externa ocasionándole conmoción y perturbación, de forma que se

constituían como el origen de todas sus tragedias (Fernández & Buis, 2022). Entre los siglos V y XV, los dispositivos de poder de dirigentes, iglesia, ciencia y sociedad adinerada e influyente asociaron la emoción con la locura e instalaron dispositivos de control sobre esta (Chartier, 2014). Posteriormente, entre los siglos XVI y XVIII, la psiquis del hombre occidental se modificó con la instauración de la sociedad cortesana mediante la pacificación progresiva de conductas y la consolidación del autocontrol sobre las emociones como un deseable social de comportamiento civilizado (Saltalamacchia & Elias, 1984)<sup>2</sup>. No resulta extraño, entonces, que para el siglo XIX el distanciamiento emocional y la disminución de la empatía fueran tenidas como condiciones necesarias para el logro de la atención científica y calificada de enfermería (Rueda, 2014). Posteriormente, la crítica a la razón, introducida por la posmodernidad, abogó por la reconstrucción de un ser humano integral, considerando a la persona de manera singular, social, histórica, cultural, simbólica y narrativa, y reconociendo la influencia de las asimetrías de poder, económicas y de género vinculadas con la atención en salud (Reed, 2023).

Estas posturas se expresan en la enfermería a través de un tránsito lento hacia paradigmas interpretativos y unitarios que privilegian el cuidado holístico basado en la interacción y la comunicación, teniendo en cuenta aspectos no solo biológicos y técnicos, sino además psicológicos, socioespirituales y existenciales. Bermejo (2003) señala que reconocer las emociones hace sentir más humana a la persona que cuida y a la que es cuidada, pese a la poca preparación que existe para asumir los afectos en la práctica profesional y a la preeminencia que ejerce la lógica de eficiencia y racionalización sobre el cuidado (Beltran, 2014; Ventura, 2017).

Hoy por hoy, se afirma que la emotividad está indisolublemente ligada a la práctica de la enfermería y su inclusión ayuda a la autocomprensión de l/s profesionales, que en diversas situaciones reprimen sus sentimientos (Bradbury et al., 2010). Sin embargo, a

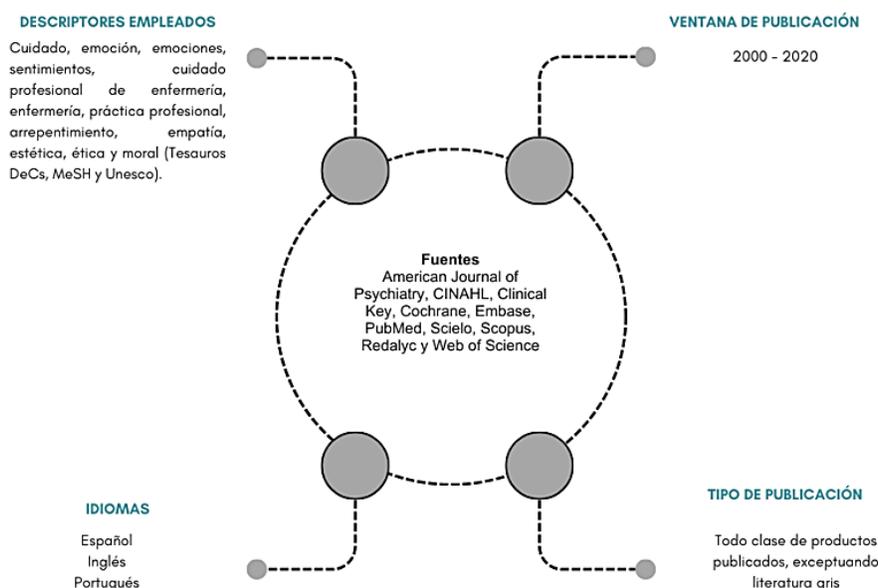
---

<sup>2</sup> En la presente investigación incluyo publicaciones fundamentadas en la crítica posmoderna, enfoque que surge a partir de la década de los 60 y cuestiona la tradición y racionalidad de la cultura occidental (Lamper, 2008). Dichos escritos constituyen referencias teóricas fundacionales que enmarcan la naturaleza histórica de los procesos sociales y se consideran piezas clave para la comprensión de los fenómenos de disciplinamiento de la modernidad (Rodríguez, 2023). También presento referentes conceptuales de enfermería que fueron contruidos y divulgados a partir de la década de los 50, dada su relevancia contextual para las reflexiones del proyecto.

pesar de que desde diferentes y recientes enfoques se defiende que la relación enfermer/-persona puede tener efectos terapéuticos (Peplau, 1993; Watson 1985, 2008; Williams & Irurita, 2004), una mirada atenta a la realidad parece indicar lo contrario. En palabras de Polifroni y Welch (1999) la enfermería ha asumido retóricamente planteamientos coligados con la dimensión emocional, aunque en su desarrollo sigue apegada a una lógica positivista, cuyo efecto resulta en negar, reprimir, instrumentalizar y/o patologizar los afectos.

La revisión del estado del arte de la presente investigación se fundamentó en la estrategia de búsqueda<sup>3</sup> que consideró los aspectos referidos en la **Figura 1**:

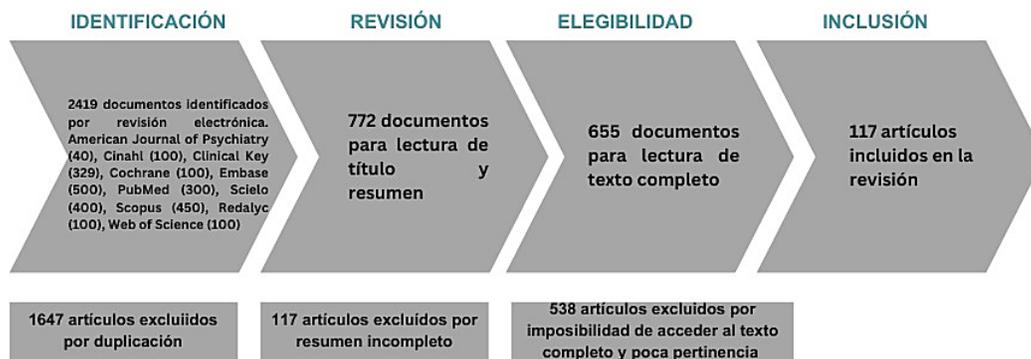
**Figura 1.** Estrategia de búsqueda para el estado del arte.



Identifiqué un total de 2419 documentos, de los cuales incluí 117 piezas al término de la revisión de literatura, con las cuales construí el corpus del estado del arte que describo en la **Figura 2**:

<sup>3</sup> Según el Instituto Internacional Joanna Briggs (Peters et al, 2020) las revisiones de alcance giran en torno a la elaboración de la denominada pregunta PCC (Población, Contexto, Contenido); a partir de ésta identifiqué las palabras clave: emoción y sus términos afines, además de incluir los descriptores arrepentimiento, empatía, estética, ética y moral, términos que aparecen vinculados con el tema afectivo de forma repetitiva en la literatura de enfermería.

**Figura 2.** Flujo de sistematización y búsqueda de resultados.\*

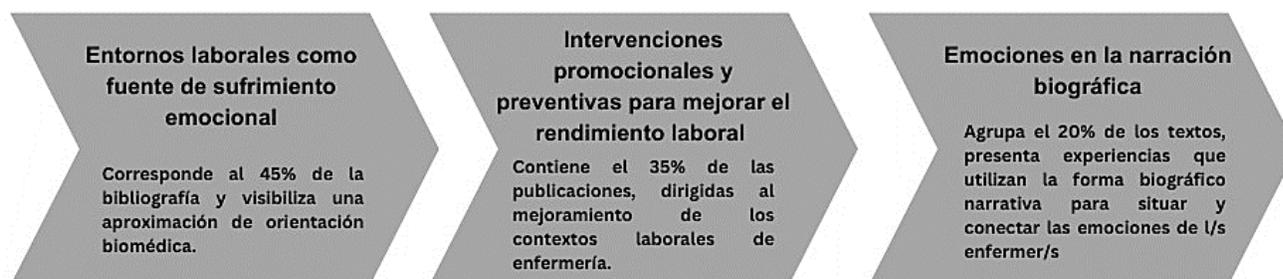


\*Nota: Adaptado de PRISMA

Sobre las piezas estudiadas observé que el 83% de los artículos proceden de investigaciones realizadas en Europa y el 55% fueron publicados entre los años 2015 y 2020. La búsqueda me permitió reconocer que, si bien la mayoría de los escritos son de autoría de enfermer/s, otros campos del saber también se han ocupado del tema, en particular las ciencias sociales y humanas, las artes y la salud pública, dejando ver que este es un fenómeno de interés entre áreas de conocimiento.

A partir de la lectura crítica del material, compilé tres grupos temáticos que sintetizan los abordajes investigativos realizados sobre las emociones en l/s profesionales enfermer/s, descritos en la **Figura 3**:

**Figura 3.** Corpus del estado del arte.



Al respecto de los entornos laborales como fuente de sufrimiento emocional, los documentos seleccionados coinciden en señalar las fuertes demandas afectivas que asumen l/s profesionales, desencadenando tensión, estrés, agotamiento, alteración del sueño, apatía y consumo de psicoactivos, además de fatiga laboral, ansiedad y depresión

(Espinoza, Valverde & Vindas, 2011; Velásquez, Carvajal & Vélez, 2011; Xie, Wang & Chen, 2011; Muñoz et al., 2015; Següel, Valenzuela & Sanhueza, 2015; Almazan, Albougami & Alami, 2019). Estos estudios señalan una relación directa entre el estrés y las horas de trabajo, visibilizando que l/s enfermer/s se exponen durante sus jornadas a múltiples riesgos psicosociales (Orozco, Zuluaga & Pulido, 2019), a la confrontación de su autonomía profesional (Nordam, Torjuul & Sørli, 2005), a la falta de libertad de expresión, el poco reconocimiento, el exceso de trabajo y el temor a las represalias (Glanzner et al., 2018; O'Connor, 2018). Algunos servicios como cuidado intensivo, paliativo, unidades oncológicas, renales, de salud mental y urgencias reportan niveles medios y altos de *burnout* como la alteración de salud más frecuente (Tomás et al., 2010; Muñoz, 2016; Nespereira & Vásquez, 2017). La revisión evidencia diferencias generacionales que influyen en las actitudes laborales, la práctica y el liderazgo, tal que las personas mayores suelen tener un número más elevado de necesidades de apoyo insatisfechas en su quehacer cotidiano (Gabrielle, Jackson & Mannix, 2008; Stevanin et al. 2018). Como respuesta a estas problemáticas, algun/s autor/s recomiendan fortalecer intervenciones laborales centradas en la expresión emotiva como parte de la práctica enfermera, procurando la retención del personal en los diferentes servicios asistenciales (Herrero, 2013; Gallego & González, 2014; Adams & Maykut, 2015; Rushton et al., 2015; Alonso & Rodríguez, 2018; Veliz et al., 2018) (**Tabla 1**).

La segunda agrupación temática describe intervenciones promocionales y preventivas que buscan mejorar el rendimiento laboral de enfermería bajo el supuesto del fortalecimiento emocional, resultado de la formación en empatía y compasión, asumiendo la salud mental como horizonte del reconocimiento y manifestación de los afectos. Respecto de la formación en empatía, se indica que si bien l/s profesionales tienen una sólida preparación bioclínica, tanto novat/s como expert/s necesitan educación relacional y comunicativa en tanto que el éxito profesional se asocia con competencias emocionales (Brunero, Lamont & Coates, 2010; Martínez, Dávila & Rodríguez, 2014; Foà et al., 2016; Lu et al., 2018; McKinnon, 2018). La práctica de la compasión disminuye la ansiedad, favorece el afrontamiento, la autorreflexión, la regulación emocional y el distanciamiento cuando es necesario, derivando en una respuesta eficaz de enfermería hacia las necesidades de las personas cuidadas (Brown et al., 2013; Enzman & Gaughan, 2017;

Durkin, Usher & Jackson, 2019; Hammarström et al., 2019; Lawson, 2020). En servicios de urgencias y salud mental, reconocer el agotamiento, la satisfacción y fatiga por compasión previene el sufrimiento emocional. Contrariamente, el estrés físico, psicológico y la falta de apoyo entre colegas agrava la fatiga por compasión (McCaffrey & McConnell, 2015). Estos estudios indican que el fortalecimiento del coraje moral y la defensa de la autonomía afectan de manera positiva el empoderamiento emocional de l/s profesionales (Danet, Jiménez & Pérez, 2020; Khoshmehr et al., 2020). Durante la pandemia, el miedo al contagio disminuyó en la medida en que se asumieron abiertamente los temores existentes en los espacios laborales mediante el uso de estrategias narrativas como la elaboración de diarios e historias de vida (Caldarola & Bonnemains, 2012; Han et al., 2015; Schmidt & Haglund, 2017; Callis, 2020; Fasbinder, Shidler & Caboral, 2020; Brito, Fernández & Cuéllar, 2021; Labrague & Santos, 2021). En general, los encuentros dialógicos con pacientes y familiares movilizan experiencias afectivas que impactan positivamente sobre la permanencia de l/s enfermer/s en diferentes servicios (Kendall, 2006; Santos, 2016; Aparicio et al., 2019). De hecho, la condición psicosocial mejora al dialogar sobre temas cotidianos: divergencias entre profesionales, el sufrimiento y la muerte; esto refuerza la necesidad de expresar empatía, impotencia y enojo, entre otros sentimientos en el marco del desarrollo de la inteligencia emocional (Engin & Cam, 2006; Burke & Williams, 2011; Pérez & Cibanal, 2016). Esta literatura establece la intervención emotiva, centrada en el autocuidado a partir del diálogo, como estrategia que promueve la resistencia emocional; no obstante, es necesario resaltar que tales estrategias se orientan a disminuir incapacidades, ausentismo y retiro laboral prematuro, lo que desemboca en una instrumentalización de los afectos al servicio de la productividad laboral (Vidal et al., 2019) (**Tabla 2**).

La tercera colección de materiales incorpora las emociones en la narración biográfica expresiva, entendiendo los afectos como una construcción sociocultural en la vida de las personas (Nussbaum, 2014; Ahmed, 2015) cuya emergencia es favorecida desde el arte y la expresión. Estos documentos plantean lo biográfico narrativo en enfermería como una conexión entre la dimensión estética del cuidado y el conocimiento personal (Buitrago & Arias, 2018). A partir de este enfoque, el cuidado rompe con las acciones regulares cristalizadas de l/s profesionales a través del uso de estrategias

biográfico narrativas que alientan a l/s enfermer/s a explorar y desplegar sus sentimientos, reflexionando de diversas maneras sobre el cuidado (Clancy, 2017; Siles, Noreña & Solano, 2017; Monteiro et al., 2019). La poesía, por ejemplo, ayuda a la gestión emocional en profesionales y sujetos de cuidado, mejorando la disposición perceptual hacia las emociones, la empatía y la compasión (Hunter, 2002; Hagman, 2009; Roberts, 2010; Tortosa, Grau & Álvarez, 2016). La expresividad en enfermería representa una oportunidad para resignificar la profesión desde un abordaje singular de la relación y las maneras de conocer a quienes se cuida. La enfermería necesita poesía para evocar las más profundas imágenes, miedos, interrogantes y búsquedas del espíritu humano y la profesión (Peterson, 2002a). Enfermer/s compasiv/s y atent/s reconocen las necesidades de las personas a quienes cuidan, resaltando la narrativa como una ayuda para el desarrollo de respuestas compasivas (Enríquez, López & Calixto, 2019; Arrizabalaga, 2020). Los relatos biográficos permiten analizar cuestiones epistemológicas y ontológicas de la profesión, recabando en la necesidad de ir más allá de lo empírico, integrando lo ético, estético, personal, espiritual, sociopolítico y emancipatorio en el conocimiento de enfermería. Las historias personales tienen su *propia verdad* y ésta debe integrarse a la comprensión de la vida de l/s profesionales, ya que ayudan con la movilización afectiva que el cuidado genera (Nairn, 2004; Wilstrand et al., 2007; Rubiano & Ruíz, 2012, Sharoff, 2013; Fonseca et al., 2017; Terry et al., 2017) (**Tabla 3**).

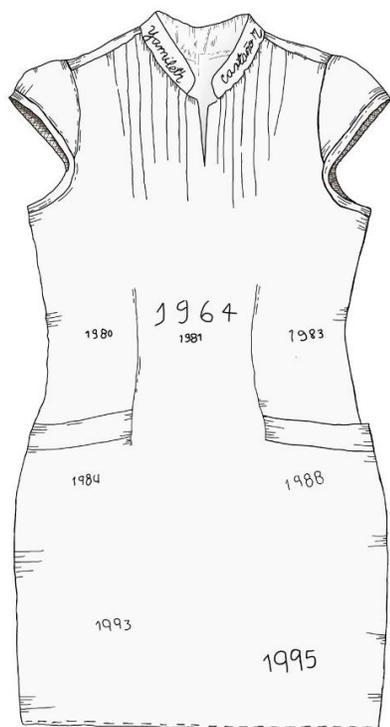
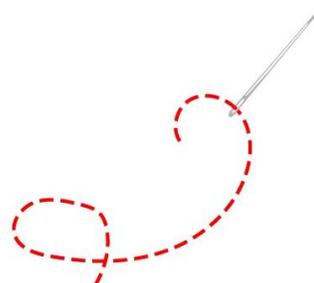
Como lo muestra el estado del arte, la mirada sobre las emociones de l/s profesionales enfermer/s ha privilegiado una perspectiva patologizante, sugiriendo su acallamiento y el uso de estrategias de control emocional como las mejores alternativas de aproximación. Muchas de estas medidas ancladas al análisis del entorno laboral y sus indicadores de productividad parten de la comprensión de que las emociones entorpecen y limitan, de forma que su regulación es anuncio de mejoramiento. La mayoría de estudios identifican elementos del contexto laboral como fuente de sufrimiento emocional sin problematizar esta dimensión de la existencia humana, centrándose en explorar sus efectos y consecuencias mórbidas más que sus propias dinámicas como fenómeno biográfico cuya deriva ha sido instrumentalizar las medidas de intervención y limitar su complejidad y comprensión.

A partir de lo anterior, considero que la pertinencia investigativa de esta propuesta es precisamente contribuir a la generación de conocimiento sobre las emociones en enfermería desde la perspectiva biográfico narrativa, que puede entenderse como matriz y fundamento angular del fenómeno, y que no ha sido ampliamente abordada en la literatura y los estudios empíricos. Con este enfoque se busca fortalecer los modelos y las prácticas de cuidado desde el reconocimiento afectivo tanto de la persona cuidada como de l/s profesionales enfermer/s. Esta investigación proporciona ventajas teóricas para una profesión que requiere problematizar el estudio de las emociones como fenómeno dinamizador de la praxis cuidativa; también, facilita el planteamiento de propuestas de cuidado que superan desde la base conceptual, binarismos y dualidades limitantes alrededor de la imagen de ser humano, al movilizar experiencias diversas, incluyentes y humanizantes, consonantes con el reclamo de la sociedad actual. El enfoque biográfico narrativo afectivo en la enfermería, permite la emergencia de la voz de quienes se vinculan en la vivencia de cuidado y promueve la creación de posturas políticas sobre la base del reconocimiento emocional que, permite la génesis de espacios solidarios y de gestión colectiva. Los beneficios se extienden al área académica en tanto l/s estudiantes de pregrado y posgrado, son vistos como sujetos biográfico narrativos que transitan dinámicas educativas en clave de afectos y generan conocimiento científico a partir de sus propias historias de vida.

Esta ruta me llevó a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué tramas emocionales emergen en los procesos de cuidado de l/s profesionales enfermer/s? Adicionalmente, consideré algunos cuestionamientos subsidiarios: ¿Qué lugar tienen las emociones en la trayectoria biográfica de l/s enfermer/s? ¿Qué aspectos de dicha trayectoria han dejado huellas emocionales significativas? ¿De qué manera las experiencias afectivas de la biografía personal son actualizadas en las prácticas de cuidado? ¿Existen servicios y experiencias donde estas actualizaciones tomen mayor relevancia?

En consonancia, el objetivo general de la propuesta se dirige a comprender las tramas emocionales que emergen en las prácticas de cuidado desde la narrativa biográfica de profesionales enfermer/s, en tanto los objetivos específicos buscan:

- Reconocer las emociones significativas que emergen en la narrativa de l/s profesionales enfermer/s.
- Relacionar las experiencias emocionales significativas con los contextos en que se sitúan las trayectorias biográficas de l/s participantes.
- Describir los hitos que han dejado huellas emocionales significativas en dichas trayectorias biográficas.
- Analizar las prácticas de cuidados que l/s participantes encuentren como generadoras de tensión emocional.



## 1. Presupuestos de partida

*“Yo soy una persona muy racional, coordinar urgencias así me lo exige. Pero cuando falleció mi madre, una amiga la soñó y ella le dictó una carta pidiéndole que me la entregara. Aquí está la carta, la cargo para todos lados [silencio, llanto]. Sólo mi madre conocía lo que aquí dice. Esto no sólo me sorprendió, sino que también me conmovió.”*

Entrevista con Axel, noviembre 2022.

### 1.1 Aspectos epistemológicos

La posmodernidad encarnó un movimiento de respuesta a la crisis contemporánea de profunda incertidumbre provocada por el colapso de la esperanza en la racionalidad y la tecnología como mediadores de los dilemas humanos (Polifroni & Welch, 1999). Habermas (1988) afirmó que el triunfo de la razón instrumental supuso la muerte del individuo, de allí que la posmodernidad representó una importante transición de la rigidez del positivismo hacia una visión de ciencia que incorporó valores, contextos y al ser humano mismo como sujeto de conocimiento, considerando a las personas como creadoras de sus propias realidades (Polifroni & Welch, 1999). Dichas realidades aparecen en el tejido sociocultural, dando lugar al conocimiento subjetivo, tácito e intuitivo procedente de historias locales, biografías y relatos (Etherington, 2004).

En enfermería, el pensamiento posmoderno facilitó asumir el acto de cuidado como un espacio de interacción y comunicación humana, en donde la palabra, los silencios, el contexto, los significados y las emociones, entre otros aspectos, cobraron relevancia y valor al interior de la terapéutica profesional, migrando de percibir solo la enfermedad a reconstruir la imagen del ser humano desde su biografía. Esto conllevó a que l/s profesionales dieran valor a sus emociones sin perjuicio de que nublaran su objetividad, y además facilitó considerar la terapéutica mediada a partir del relato.

El cambio ontológico y epistemológico giró hacia los contextos, conexiones, relaciones, multiplicidades, ambigüedades, aperturas, indeterminaciones, patrones, paradojas, procesos, trascendencias y misterios de la experiencia humana (Watson, 1979). Esta perspectiva propia de conocer y construir realidad tiene sus raíces en la filosofía hermenéutica, que considera que los humanos se experimentan a través del

lenguaje y éste proporciona comprensión y conocimiento de y a las personas (Webster & Mertova, 2007).

El término hermenéutica procede del griego *hermnéia* e indica la eficacia de la expresión lingüística, encarnada en la figura de Hermes, el mensajero de los dioses; su importancia estuvo ligada a la interpretación de textos bíblicos, aunque en el Renacimiento se amplió a otro tipo de escritos (Ramírez, Cárdenas & Rodríguez, 2015). En este sentido, el pensamiento hermenéutico supuso el comienzo de un proceso de cambio cualitativo, en el que l/s enfermer/s pueden actuar como agentes de comunicación comprensiva con la persona, familia y comunidad. De esta manera, su papel no se reduce a la mera aplicación de procedimientos, sino que toma en consideración la situación de la persona, sus percepciones, inquietudes y expectativas (Rodgers, 2005). Dicha mirada favorece el estudio de las emociones en enfermería, en tanto reconoce el denominado mundo de la vida como ámbito configurado y dinamizado por un tejido de significaciones, construidas y reconstruidas permanentemente mediante el relacionamiento interpersonal, la experiencia y la comunicación (Medina, 2013).

La teoría de la interpretación de Ricoeur profundizó la comprensión de la relación entre la ontología de la realidad humana (*ser en el mundo*) y la epistemología de lo que ha de conocerse (*ser del mundo*), afianzando el vínculo entre la comprensión del significado y la comprensión de sí mism/ (Solano, 2014). Según el autor, un ser humano se entiende a sí mismo interpretándose, y la forma en que se interpreta es el modo narrativo (Moreno, 2017). El relato posee la capacidad de reconfigurar al ser en el horizonte de una vida examinada y contada por medio del lenguaje (Ricoeur, 2003), y también connota la posibilidad de reconstrucción de hechos vividos desde una temporalidad, gracias a que narrar es una oportunidad para explicar y comprender acciones, actores implicados, recursos simbólicos, metáforas e hitos presentes (Buitrago & Arias, 2018).

Siguiendo la propuesta de Aristóteles, el autor retoma el término *Mythos –synthesis* o, en otros contextos, *sýstasis* de los hechos– aludiendo a la composición verbal que convierte un texto en relato. Más que una estructura en el sentido estático de la palabra, este término designa una operación para elaborar la trama, consistente en seleccionar y disponer los acontecimientos y las acciones narradas, haciendo del relato

una historia completa que consta de principio, medio y fin (Ricoeur, 2001). La trama, entonces, es el conjunto de combinaciones mediante las cuales los acontecimientos se transforman en una historia o relato con sentido.

Dentro del ejercicio comprensivo cobra importancia la metáfora y el reconocimiento de la composición histórica y ficcional que guardan los relatos. La metáfora viva que propone Ricoeur plantea tensiones y problemas ligados a su significación; para el autor, este recurso no sólo cambia el sentido –como decía la retórica clásica– sino que es el sentido en sí mismo. En Ricoeur (2003) la narración media el sentido confuso de la experiencia temporal, donde el relato histórico y el de ficción se acercan, ya que ambos recurren a una narrativa para dar cuenta de los acontecimientos que pretenden describir. El primero requiere exigencia de la prueba documental, el segundo necesita liberarse de ella para desarrollar la potencia transformadora de la realidad mediante la imaginación. Así, los discursos históricos y ficcionales comparten una operación semejante de construcción narrativa, el denominado *mythos* aristotélico, puesta en intriga o entramado (Biglia & Bonet, 2009).

La narrativa, como espacio en el que se devela la identidad de la persona, considera los conceptos de *mismidad* e *ipseidad*. La identidad vinculada a la mismidad entiende al ser humano como una substancia capaz de ser fijada con permanencia en el tiempo; la persona es reconocida una y otra vez como ella misma, desde un orden cualitativo en donde puede crecer y envejecer, gracias a una serie ordenada de cambios que permiten una identidad ininterrumpida. La ipseidad, en cambio, es definida como la conciencia reflexiva del sí mism/, sometida a su condición temporal; esta conciencia no implica permanencia (Ricoeur & Ricur, 1997). La identidad vinculada a este concepto, o identidad narrativa, permite que la persona se identifique consigo misma como portadora de una serie de signos propios y costumbres derivadas de un proceso de construcción temporal que con el paso del tiempo se sedimenta y se transforma finalmente en hábito (Hopp et al., 2012). La ipseidad es entendida como la identidad de un yo relacional afectado por el mundo, en contraste con una identidad fija del mundo. De esta manera, la articulación identitaria en el sentido de ipseidad se produciría de manera privilegiada a partir de narrativas personales y/o históricas, dando lugar al relato de procesos de constitución mutua entre el sujeto y su mundo (López, 2016).

Ricoeur relievaa que la apropiación de la identidad narrativa es producto del trabajo del sujeto autobiográfico. La esencia del sujeto autobiográfico no es la vida (*bíos*) sino la narración (*grafía*), en la que y por la que el yo (*auto*) se convierte en otro, reinventándose a sí mismo (Ricoeur, 2003). Es importante mencionar que el sujeto narrativo no debe confundirse con el sujeto empírico-existencial que se sitúa entre el nacimiento y la muerte, en tanto al final de la narración el sujeto narrativo permanecerá vivo en el texto y como texto (Passeggi, 2020).

La función narrativa inscribe la acción humana en la temporalidad, diferenciando el tiempo cronológico del tiempo subjetivo. El primero es entendido como una temporalidad secuencial que implica una sucesión ordenada de eventos medibles, localizables, coligados con el sujeto empírico, mientras el segundo es asumido como una experiencia íntima desde un presente con permanencia del pasado y conectado con un futuro en movimiento de orden no lineal, propio del sujeto narrativo (Buitrago & Arias, 2018; Passeggi, 2020).

Lo narrativo ha hecho presencia en el marco de las ciencias de la salud a través del impulso de procesos investigativos en los que se considera que el relato favorece en las personas cuidadas la construcción y visibilización de su propia voz, a partir de vivencias de reestructuración de sentido inmersas en el acto de cuidado (Muller, 1999). En enfermería, lo narrativo aboga particularmente por un retorno al *ethos* fundamental del cuidado, centrado en la persona y sus aflicciones, validando la propia historia como posibilidad reflexiva y de sanación (Mariano, Rodríguez & Conde, 2013). Esta mirada está basada en una epistemología que considera las reacciones corporales, emocionales, intuitivas, cognitivas y la sensibilidad estética como partes del ser y de la experiencia de vida, enfermedad, salud y muerte (Holloway & Freshwater, 2009).

Dicha episteme es consonante con la *visión o paradigma de simultaneidad* de la enfermería, a la cual se adscribe la presente investigación, en tanto concibe al sujeto y su experiencia en el devenir (Macintyre, 1984). En palabras de Levinas (Giménez & Levinas, 2011), la relación con otr/ supone un encuentro a partir de su historia, hábitos, gustos y aflicciones, además de lo que se escapa a su propio entender. Tal consideración es desarrollada en las propuestas de divers/s autor/s, quienes afirman que el entendimiento del todo contextual favorece la generación de conocimiento y de procesos

sanadores del orden de lo personal, movilizados en el interior de aquel/s que participan en la experiencia de cuidado, desde su arte y estética (Monti & Fingen, 1999). Según Smith y Liehr (2014), en esta visión no reduccionista los seres humanos se están transformando y trascendiendo en un proceso mutuo con su entorno. El movimiento recíproco y siempre cambiante de crear significado es esencial para esta perspectiva que describe el suceso narrativo de la historia en y a través del tiempo. Mcadams (1993) señala que los relatos ayudan a organizar pensamientos, proporcionando una narrativa de las intenciones humanas y los eventos interpersonales que se recuerdan y se cuentan fácilmente. En algunos casos, las historias reparan cuando se está quebrantado y sanan cuando se está enfermo, conectando de persona a persona la membrana social del compromiso terapéutico (Charon, 2012).

Martha Rogers articuló esta nueva visión de mundo en el año 1970, en la que asume la enfermería como una extensión del interés del ser humano por la vida y sus manifestaciones. La autora afirma que la enfermería es un sustantivo, un cuerpo organizado de conocimientos al que se accede por investigación y lógica, y reconoce el arte como una emergencia creativa que busca el mejoramiento humano.

Rogers se basó en una amplia gama de ciencias y autor/s para apoyar las nociones de *unidad evolutiva*, *patrones* y *ritmicidad*. Se fundamentó en las ideas de Einstein sobre la relatividad y la unidad del espacio-tiempo como base para su postulado de pandimensionalidad; en el principio de incertidumbre de Heisenberg para describir un universo de naturaleza cambiante e impredecible; en la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy para describir un universo neguentrópico<sup>4</sup> de sistemas abiertos que evolucionan hacia una mayor innovación, creatividad y diversidad; en la teoría cuántica para postular los campos de energía como la unidad fundamental de lo vivo y lo no vivo; y en la cibernética y la teoría de sistemas para sustentar la noción de un universo caracterizado por todos irreductibles e integrales que son más y diferentes que la suma de las partes (Smith & Parker, 2015)<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Cultismo acuñado por el físico estadounidense Robert Bruce Lindsay, una abreviatura de *negative entropy*. Se define como la tendencia natural de que un sistema se modifique según su estructura y se plasme en los niveles que poseen los subsistemas dentro del mismo (Rogers, 1988).

<sup>5</sup> Si bien algunos de los principios tomados por la autora como referencia aluden a conceptos poco aplicables a la naturaleza humana, se entiende que son tomados como inspiración para desmarcarse de las limitaciones propias de las visiones paradigmáticas clásicas de la enfermería.

La autora planteó, en consonancia con dicha visión paradigmática, el modelo conceptual denominado *ciencia de los seres humanos unitarios* que se fundamenta en cuatro postulados y tres principios mayores, planteados de manera abstracta por la autora en la perspectiva de favorecer la deriva de múltiples teorías. En cuanto al término unitario, es importante mencionar que hace alusión al holismo e indivisibilidad del ser humano que privilegia este enfoque, consonante con la crítica contemporánea que renuncia al yo como unidad absoluta y totalitaria (Fernández, 2018).

El postulado llamado *campos de energía* alude a la unidad fundamental dinámica y cambiante que determina lo vivo y lo no vivo. Personas y ambiente son campos de energía, en consonancia con la naturaleza energética del universo; esto no equivale a indicar que las personas son seres eléctricos, sino más bien a considerar el potencial de transformación constante de los seres en su interacción con el ambiente. El *patrón*, por su parte, se relaciona con una abstracción inobservable que es definida como una característica distintiva que representa y distingue un campo de energía. Se asocia con la manera en la que se organiza cada energía de forma única, siendo el patrón un elemento que dota de identidad al campo energético. De hecho, las manifestaciones de los patrones son justamente experimentadas y percibidas a nivel sensorial. Emociones y narrativas son patrones de manifestación del campo energético humano. Estos patrones evolucionan en medio de una *incertidumbre caleidoscópica* coordinada por la naturaleza del intercambio de energía entre los seres y el medio ambiente. La noción de *pandimensionalidad*, antes llamada cuatri o multidimensionalidad, se vincula con un dominio no lineal sin atributos espaciotemporales objetivables. Finalmente, la *apertura* señala la cualidad abierta, dinámica y sin límites de los campos *humanoambientales*<sup>6</sup>, que, de manera exacta, no interactúan, justamente porque no están separados. Este postulado se relaciona con la mutualidad y la coevolución conjunta humanoambiente (Rogers, 1988).

En relación con los principios del modelo, estos son consonantes con la condición dinámica de vida de las personas y el ambiente. La *resonancia* se asocia justamente con los cambios continuos de patrones de onda, de menor a mayor frecuencia,

---

<sup>6</sup> La disposición conjunta de estos términos busca relieves la naturaleza unitaria e indivisible que encarna el ser humano y su ambiente, dado que ambos se constituyen como campo en una amalgama que trasciende la noción de integración o interacción entre estos.

experimentados de forma no lineal ni direccional en los campos humanoambientales. La *helicidad* señala la creciente, continua, innovadora e impredecible diversidad de los seres humanos y los patrones de campo ambientales; finalmente, la *complementariedad* reemplazó dos principios inicialmente propuestos por la autora, a saber, la reciprocidad y la sincronía, y especifica el proceso de cambio y la interacción simultánea mutua dentro del campo integral humanoambiental (Smith & Parker, 2015). En resumen, la cosmología Rogeriana ve al universo y a los seres humanos como campos de energía pandimensionales irreductibles e integrales identificados por patrones que evolucionan de manera rítmica e impredecible hacia una diversidad e innovación infinitas (Rogers, 1988).

Dado que hasta el momento de la investigación la teoría narrativa no ha sido vinculada con ningún marco teórico de enfermería existente, encontré oportuno proponer el diálogo entre Ricoeur y Rogers con la idea de enriquecer los fundamentos del presente escrito. Son múltiples las correspondencias ontológicas y epistemológicas que pueden encontrarse entre la ciencia Rogeriana y la investigación narrativa Ricoeuriana. Desde el punto de vista ontológico, los seres humanos estamos en un proceso continuo de interacción con el ambiente, creando patrones que emergen y fluyen de la permanente relación humanoambiental. Emociones, percepciones y experiencias son patrones energéticos irreductibles y no lineales que reflejan un todo unitario expresado de forma oral, escrita o mediante historias creativas. En otras palabras, los relatos son en sí mismos una enérgica expresión del patrón de cada ser que manifiesta ideas, emociones, percepciones, eventos, incertidumbres, hitos y epifanías del campo humanoambiental (Castaño, Arias & Butcher, 2023).

Rogers (1988, 1992) postuló la naturaleza pandimensional de los campos humano y ambiental, lo que significa que la realidad trasciende las nociones tradicionales de espacio y tiempo. Tanto en el enfoque narrativo de Ricoeur como en la ciencia unitaria, el espaciotiempo deja de existir bajo una lógica lineal y se vuelve figurativo, imaginado, ilimitado, diverso, convergente e infinito y, en última instancia, subjetivo. En conclusión, la noción espaciotemporal no es cronológica lineal, por el contrario, se asume de carácter unitario narrativo, en tanto del relato deviene la experiencia temporal humana (Ricoeur, 2003).

Por su parte, el principio de integralidad describe la inseparabilidad del ámbito humano y medioambiental; así, en cualquier método de la investigación Rogeriana investigador/ y participante son inseparables (Butcher & Malinski, 2020), unidos por una interpretación que les permite, en cercanía mutua, construir una trama de sentido a partir de vivencias y contextos en que comparten significados. De manera similar, la hermenéutica de Ricoeur tiene en cuenta los valores, creencias y cultura de las personas como aspectos contextuales que pueden orientar el encuentro del sentido narrativo (Charalamhous et al., 2008).

El principio de resonancia de Rogers describe lo no lineal, el flujo continuo de patrones de ondas que fluctúan entre niveles inferiores y superiores durante la historia de vida de los seres. Bajo este concepto, quien investiga debe estar abierto a descubrir y revelar el carácter biográfico resonante, el lenguaje, pensamientos, melodías, metáforas y otras energías poéticas que hacen parte del patrón característico del/ narrador/. Al investigar se pueden utilizar modos pandimensionales de conciencia tales como la intuición, el conocimiento tácito, la contemplación y la mística, entre otras formas emergentes y extraordinarias que facilitan aprehender e interpretar la información de patrones (Butcher, 2005; Butcher & Malinski, 2020). Investigador/ y narrador/ se transforman a medida que coevolucionan junt/s en un proceso mutuo hacia una comprensión más profunda de la historia de salud. La hermenéutica Ricoeuriana se entiende como un proceso que interpreta y revela el significado de lo implícito y lo oculto. Así, la investigación permite que se participe activamente en la interpretación de los significados, los cuales se revelan más allá de lo manifestado (Terra et al., 2009).

Ricoeur (2004) afirmó que el significado de la historia no reside en la persona que la cuenta, lo que permite en la investigación ir más allá de la idea de que sólo puede haber una comprensión de los relatos. La narración está sujeta a interpretaciones plurales, lo cual es similar a la idea de la coexistencia de múltiples realidades de Rogers. Las interpretaciones que hace de la narrativa quien investiga no son simplemente una descripción; se trata de descubrir el significado profundo de la historia detrás de las palabras, de modo que lo real se percibe en su totalidad, es decir, unitariamente (Charalamhous, Papadopoulos & Beadsmoore, 2008). Este enfoque facilita el descubrimiento de la trama de sentido presente en los relatos de las personas donde el

afecto aparece como un patrón que integra la singularidad de los campos humanoambientales existente en la expresión narrativa. En conclusión, la investigación biográfico narrativa unitaria es una propuesta metodológica que emerge del diálogo entre los autores Ricoeur y Rogers, y constituye el principal aporte epistemológico de la presente tesis doctoral<sup>7</sup>.

Para efectos de esta investigación, estos planteamientos se expresan en el denominado *Sistema Conceptual Teórico Empírico SCTE* propuesto por Fawcett (2021) como elemento heurístico que permite articular y poner en diálogo modelos conceptuales y teorías de enfermería con desarrollos teóricos de otros campos de conocimiento. La autora introdujo en el año 2023 una crítica sobre la descolonización del pensamiento en la disciplina y cuestionó la permanencia del metaparadigma. En consonancia, reelaboró el alcance de sus elementos y los renombró de la siguiente manera: *ser humano, ambiente global, salud planetaria y actividades de enfermería* (Fawcett, 2023). Esta ampliación de pensamiento, la encuentro coherente con la visión de simultaneidad y el modelo conceptual de Rogers de la cual incorporo los conceptos de ser humano, ambiente, salud y cuidado, bajo el entendido de que la mirada pandimensional tiene proximidad con lo global y lo planetario y que el término cuidado supera el quehacer operativo y se extiende a lo simbólico trascendental, aspectos fundamentales para la propuesta biográfico narrativa.

Es importante precisar que dicho SCTE tuvo transformaciones en el proceso investigativo<sup>8</sup>; a partir de las cuales fue necesario redefinir los conceptos metaparadigmáticos, es decir, la manera en la que entiendo al ser humano, al ambiente, la salud y el cuidado, bajo la mirada biográfico narrativa afectiva desde la unicidad en el marco de la presente investigación. En relación con el *ser humano* (en este caso aludo a l/s profesionales enfermer/s), l/s asumo como campos energéticos dinámicos e

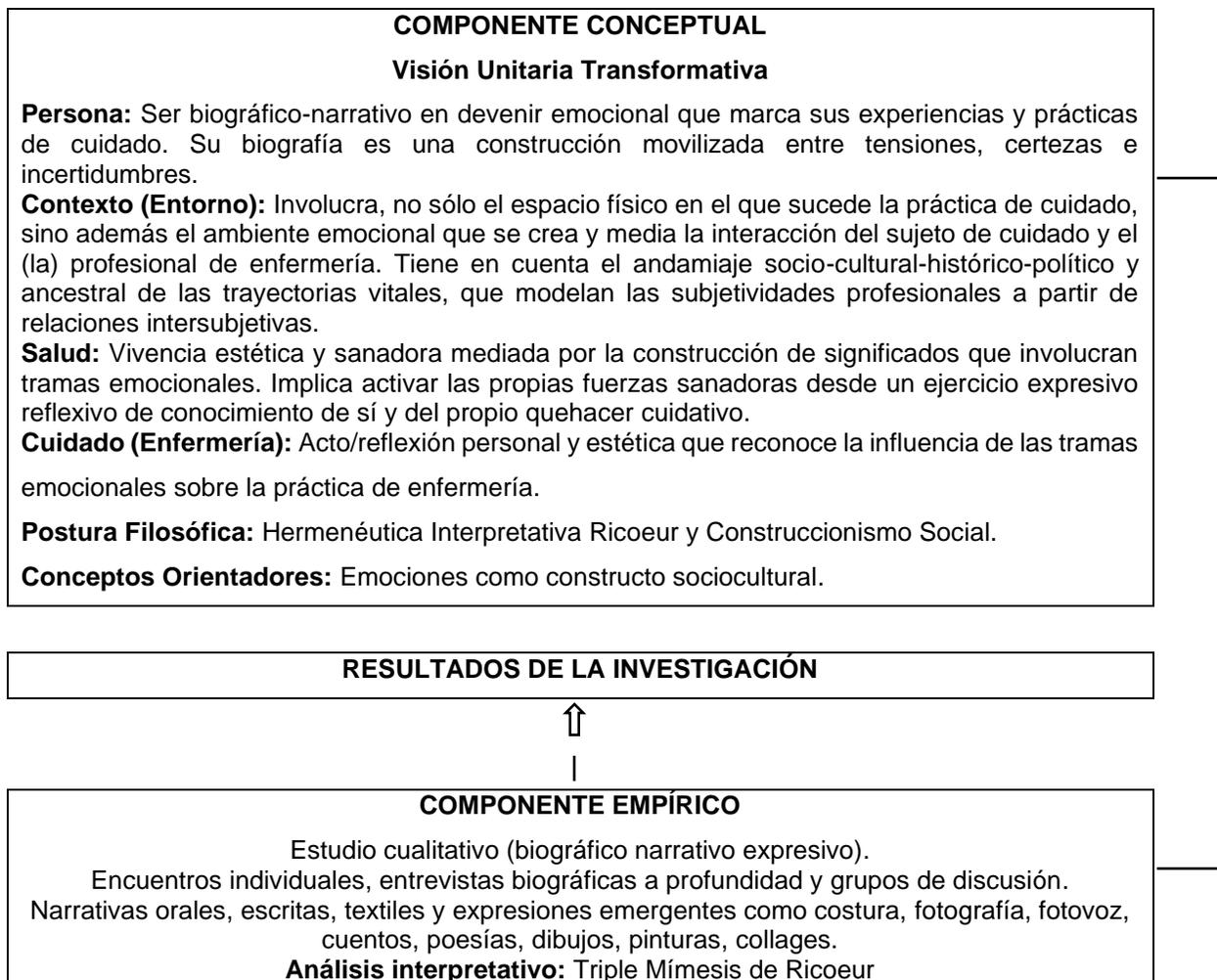
---

<sup>7</sup> Consultar: Castaño, M., Y., Arias, L., B., E., & Butcher, H., K. (2023). Biographical narrative research from the perspective of the science of unitary human beings: A methodological approach. *Nursing Science Quarterly*, 36(3), 221–231. <https://doi.org/10.1177/08943184231169959>

<sup>8</sup> Una de las cuales fue el reemplazo del construccionismo social por el planteamiento del giro afectivo. Si bien el construccionismo social refiere que las personas viven de acuerdo a las historias, donde las emociones son una experiencia de carácter sociocultural que se vincula con la dimensión psicológica y subjetiva respecto de los eventos de la vida, este pone su foco en aspectos simbólico relacionales que desconocen la base simbólico material que implica la corporalidad.

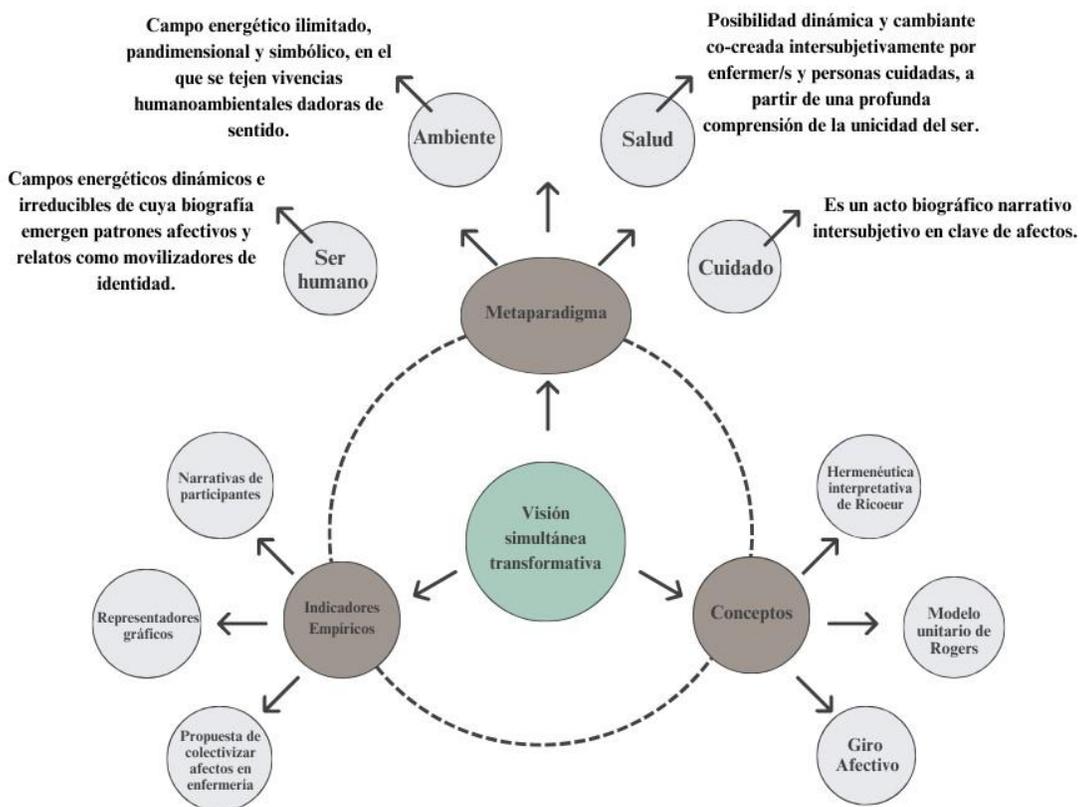
irreducibles, de cuya biografía emergen patrones afectivos y relatos como movilizadores de identidad; el *ambiente* es igualmente un campo energético ilimitado, pandimensional y simbólico, en el que se tejen vivencias humanoambientales dadoras de sentido; la *salud* es vista como una posibilidad dinámica y cambiante co-creada intersubjetivamente por enfermer/s y personas cuidadas a partir de una profunda comprensión de la unicidad del ser y el *cuidado*, es un acto biográfico narrativo intersubjetivo en clave de afectos. Estos conceptos metaparadigmáticos son correspondientes con la visión simultánea transformativa de la enfermería, el modelo de la ciencia de los seres humanos unitarios propuesto por Rogers, la teoría narrativa Ricoeuriana y el giro afectivo (noción que se desarrollará en el siguiente apartado de aspectos conceptuales), así como también con indicadores empíricos manifiestos en los textos narrativos y representadores gráficos derivados del trabajo de campo (**Figura 4** y **Figura 5**).

**Figura 4.** Sistema Conceptual Teórico Empírico SCTE propuesta inicial.\*



\*Nota: Adaptado de Fawcett (2001)

**Figura 5.** Sistema Conceptual Teórico Empírico SCTE propuesta renovada.



## 1.2 Aspectos conceptuales

La presente investigación gira en torno al concepto de emoción, que ha acompañado históricamente el devenir humano, con foco en la experiencia de l/s profesionales enfermer/s en sus prácticas de cuidado en las que, como he referido, los afectos están inmersos de manera constitutiva y son determinantes en los procesos intersubjetivos.

Desde el punto de vista semántico, la palabra emoción proviene del latín *emotio* – *emotionis* que se define como una alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa y que va acompañada de cierta conmoción somática. La forma *emotio* está asociada con el verbo *emovere*, del prefijo *ex* “hacia afuera” y el sufijo *movere* “mover”, que significa poner en movimiento, trasladarse, desplazarse (Diccionario Real Academia

Española [RAE], 2022). La traducción latina del término fue la palabra *affectio* que significa “lo que le afecta a uno, ser afectado por algo, afección” (Dixon, 2006). *Páthos*, *emotio* y *affectio* son expresiones que permiten tanto la identificación como la referencia y descripción de las emociones. Dichos términos dejan ver la tensión social que gira en torno a la emotividad, dado que para algun/s autores los afectos dan sentido a la experiencia de las personas, en tanto para otr/s son vistos como fenómenos contrarios a la razón que se asocian con la decadencia humana (Dixon, 2006).

En este apartado presentaré una compilación del patrón de uso de la palabra emoción y sus afines<sup>9</sup> desde la Antigüedad hasta la época actual en el marco de los modelos explicativos de las emociones funcionalista, construccionista y del giro afectivo, procedentes de distintos campos del saber, especialmente la filosofía y las ciencias sociales (**Tabla 4**), para luego explorar dichos patrones en los referentes teóricos de mayor abstracción en la holarquía de conocimiento de enfermería, es decir, en las visiones y modelos conceptuales.

**Tabla 4.** Patrones de uso de la palabra emoción y afines en los modelos conceptuales funcionalista, construccionista y de giro afectivo.

<b>Modelo Funcionalista: Antigüedad hasta inicios del siglo XX</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamiento griego, cristiano y moderno: La emoción fue asumida como un fenómeno lábil, por momentos interno, otras veces externo al ser humano, producto de la invasión y dominio de los sentimientos sobre la lógica racional de un individuo pasivo (Solomon, 1993; Rosenwein, 2002; Rosenwein &amp; Reddy, 2002). La emotividad era una experiencia que sobrevenía al ser a manera de invasión externa e irracional, ocasionando perturbación y animalización en su actuar. Para los estoicos las emociones surgían a partir de creencias radicalizadas, desbordadas y excesivas en contra de la naturaleza y la razón, causantes de juicios ligeros, comportamientos irreflexivos y desenfrenados (Valsiner &amp; Rosa, 2007). En el pensamiento cristiano, la doctrina evangélica frenó los excesos pasionales desde la ascética y la mística para lograr el equilibrio pasional prudente y a la vez enérgico frente a la represión del afecto desordenado y la moderación de los excesos (Cuesta, 1945). La reflexión medieval se encaminó a levantar una estricta postura moral, en la cual las virtudes cristianas del amor, la piedad, la fortaleza y el rechazo de la concupiscencia se erigieron como conductas apropiadas para contrarrestar la fuerza arrasadora de los afectos (Padovese, 1996). Finalmente, en el pensamiento moderno se abandonaron las consideraciones teológicas-religiosas y metafísicas de la</li> </ul>

<sup>9</sup> Recientemente, en la enfermería John Paley (2021) ha propuesto concentrarse en el estudio de las palabras, específicamente atender a la diversidad de sus usos y significados lingüísticos y gramaticales, dado que una expresión no siempre da cuenta de un mismo concepto; las palabras tienen la capacidad de describir, referenciar o identificar fenómenos según sean empleadas. La propuesta de Paley cuestiona las lógicas clásicas de análisis conceptual que rastrean definiciones de un concepto bajo una mirada objetivista que considera dicho concepto como una estructura con límites y componentes. El análisis conceptual bajo el enfoque clásico que no se fundamenta en el patrón de uso de las palabras, puede encapsular el estudio de los fenómenos de cuidado que de base son diversos, por lo que se considera que conocer el patrón de uso de las expresiones puede acercarse a las experiencias significativas del cuidado de forma mucho más enriquecida. Esta propuesta epistemológica y metodológica se ampliará en el apartado de conclusiones.

ciencia para dar paso a referentes explicativos de control, medición, predicción y prueba (Burgos, 2015); acentuando el antagonismo entre cuerpo y mente; instaurando un régimen represivo de olvido, rechazo o encierro ejercido por la racionalidad sobre cualquier tipo de interferencia/resistencia de orden emocional (Angrino, 2011). La modernidad incorporó una distinción jerárquica entre las nociones de emoción y sentimiento, tal que aquella era de menor categoría al ser vista como una experiencia temporal, circunscrita principalmente al cuerpo, es decir, perceptible en las manifestaciones biofisiológicas de la persona y por ello ampliamente conectada con la pasión y el deseo. Los sentimientos fueron asumidos como una categoría superior, resultado de procesos mentales reflexivos prolongados.

- Patrón de uso: El término emoción y sus afines fueron empleados como sustantivos, adjetivos y adverbios. Como sustantivos hacían referencia a una experiencia etérea, una afectación anímica o del sentir perceptible en el cuerpo de los individuos. Como adjetivos, permitían describir e identificar cualidades de las personas, grupos y lugares; con efectos de sanción social y reproche moral, bajo la supremacía racional. Como adverbios, el patrón de uso se dirigió a ejercicios valorativos de descalificación. Considerar que se actuaba emotivamente fue percibido como una afrenta al orden social orientado hacia la virtud, la santidad o la racionalidad.
- Conclusión: La emocionalidad desde un enfoque funcionalista se fundamentó en lógicas biológicas y propuso una batería de sentimientos universales. Esto derivó en estrategias de control/represión emocional, patologización e institucionalización (Solomon, 1993; Rosenwein, 2002; Rosenwein & Reddy, 2002).

#### **Modelo Construccinista: Medios del siglo XX**

- Pensamiento construccionista: Cuestiona el modelo funcionalista y el control de las emociones, concebidas ahora como elaboraciones sociales y culturales. En este enfoque los afectos están mediados por las prácticas o costumbres, formas lingüísticas, normas sociales y la propia historia de vida (Gil, 2016). Reivindicó la emoción al desligarla de la afiliación biofisiológica y conectarla con la singularidad de la vida de cada persona.
- Patrón de uso: El término emoción se emplea como verbo; dado que en este contexto se reconoce el sentir como insumo para la generación de conocimiento científico, de manera que es deseable emocionar, sentir, apasionar, conmover, desear, apetecer. A través de este uso se efectuaron descripciones en las que se levantó la sanción y clasificación de los afectos. En particular aconteció una renovación lingüística que reveló sentencias afirmativas asociadas a estos.
- Conclusión: El contexto construccionista dio un lugar angular a la narrativa personal y a los aspectos vinculados con la historicidad, la ancestralidad, la multidimensionalidad y lo simbólico en la creación del ser humano y su realidad afectiva. El bienestar y la calidad de vida estaba asociado entre otros aspectos con la emocionalidad como una dimensión permitida en la experiencia del ser.

#### **Modelo del Giro Afectivo: Siglo XXI**

- Estudia el papel de los afectos y la corporalidad en la constitución del sujeto y su entorno. Pretende posicionar dimensiones históricamente relegadas en el pensamiento occidental, rechazando, más que la dualidad moderna cuerpo-mente, la visión jerárquica de superioridad del cuerpo y la razón sobre el alma y los afectos (Solana, 2017). Los sentimientos se consideran fuerzas, intensidades, potencias o capacidades de encuentro que, si bien se experimentan en el cuerpo, no nacen ni del cuerpo ni del entorno sino del encuentro entre ambos (Solana, 2017). Esta mirada está orientada a estudiar la materialidad misma del ser humano como una síntesis, sin que deba ser asumida exclusivamente como una representación discursiva o el producto de agencias sociales. No desconoce el aporte de la cultura, el lenguaje, las prácticas, las expectativas y los valores sobre el estudio de las emociones (Lutz, 1985), pero propone reconceptualizar la corporalidad, asumiendo al cuerpo como una materia situada socialmente, de naturaleza plástica, capaz de generar y descubrir significados de tramas de sentido (Solana, 2017). Inicialmente, las reflexiones planteadas por el feminismo y los cuestionamientos de género exploraron desde el modelo construccionista las ataduras culturales, sociales, simbólicas o lingüísticas que gobernaban y daban forma a los tipos de cuerpo que tenemos. Sin embargo, el giro afectivo propone superar la emoción-relato y pasar a la emoción-afecto, diluyendo la tensión que hasta el momento se había dado sobre la materialidad, al asumir el carácter abierto del cuerpo, en constante devenir desde el contacto con otros cuerpos humanos y no humanos (Solana, 2017). Esta flexibilización favorece la vinculación de nuevas categorías al estudio de las emociones, tales como el espacio, la corporalidad, el ambiente y la psicopolítica (Barrera & Sierra, 2020). De allí que se constituya como un campo de interés para diversidad de campos (Solana, 2017).
- Patrón de uso: La palabra afecto se privilegia como sustantivo, en la medida en que es visto como un término catalizador que supera la dicotomía cuerpo-mente y amplía la consideración de las experiencias afectivas, bien sea en cuerpos que se emocionan o en emociones que se encarnan. El uso adjetival no introduce

ningún elemento de orden valorativo, como sucedió previamente en el modelo funcionalista; al acompañarse de adjetivos, el afecto de cuenta de sus amplias propiedades. Como verbo, la palabra afectarse guarda una consideración de orden ético, social, político y ambiental, en la medida en que implica la consideración del yo en sus dimensiones colectiva, local y global. Dicha acción verbal implica la conmoción vista como un acto de movilización afectiva y solidaria por el sí mism/ y l/s otr/s.

Trasladándonos al terreno de la enfermería, la emoción aparece como un fenómeno de abordaje tangencial. Es, por momentos, reconocido y articulado al interior de la imagen misma del ser humano; en la mayoría de las veces un aspecto que orbita alrededor de la persona y el cuidado bajo la consideración y el interés específico de cada profesional. Las visiones paradigmáticas de enfermería, proponen un marco teórico específico sobre las emociones, que se ve reflejado en los modelos conceptuales y teorías de enfermería, como se puede observar en la **Tabla 5**:

**Tabla 5.** Patrones de uso de la palabra emoción y afines en las visiones y modelos conceptuales de enfermería.

<b>Visión particular determinística:</b> Las emociones son una reacción fisiológica del ser humano, que se precipitan en respuesta a un estímulo externo y que pueden ser cuantificadas a través de manifestaciones biofísicas (Monti & Fingen, 1999; Smith & Liehr, 2014).	
<b>Modelo</b>	<b>Patrón de uso de la palabra emoción y afines</b>
De las necesidades humanas básicas, Virginia Henderson, 1966	El estado emocional afecta las necesidades humanas básicas; el miedo, la ansiedad y la depresión se manifiestan en la expresión física de las personas. Parte del cuidado de enfermería se relaciona con ayudar a la manifestación de las necesidades afectivas. La palabra emoción se usa para señalar indicadores biofísicos y alteraciones patológicas corporales que aparecen en respuesta a estímulos externos (Henderson 1966 como se cita en George 2000).
<b>Visión interactiva integrativa:</b> Los afectos están vinculados con aspectos de la dimensión psicológica y cognitivo comportamental, influenciados por el contexto social, cultural y espiritual; bajo esta mirada las emociones trascienden la sola respuesta fisiológica (Bueno, 2011).	
<b>Modelo</b>	<b>Patrón de uso de la palabra emoción y afines</b>
Sistema Conductual, Dorothy Johnson, 1980	Reconoce la dimensión psicológica del ser, la cual está influenciada por fuerzas externas estresantes que comprometen la integración y organización conductual de la persona. El cuidado de enfermería se orienta a la regulación y el control de los factores que alteran el equilibrio y la estabilidad del sistema comportamental (Smith & Parker, 2015; Alligood, 2018). La autora introduce términos afines a la emocionalidad, pero su patrón de uso parece más cercano a la visión determinística de corte funcionalista que a la que se encuentra adscrita.
Del déficit de autocuidado, Dorothea Orem, 1969	Reacciones afectivas intensas pueden originar demandas de autocuidado en el ser humano. Sin hacer uso del término emociones, la autora alude a factores que afectan la capacidad de relacionamiento, señalando sentimientos como el miedo, la ira o la tristeza. El patrón de uso de las expresiones indica que la autora comprende los afectos como un aspecto dinamizador para motivar la realización de actividades de cuidado personal y colectivo. En este modelo el amor es un sentimiento que moviliza el apoyo físico y emocional, en la idea de que controlar las reacciones emocionales favorece la salud (Orem, 1980).
De consecución de metas, Imogene King, 1981	Aborda las emociones como parte del sistema personal en relación con la percepción. Esta puede distorsionarse por la vivencia de estados emocionales intensos como la ira, el miedo y el amor. La autora propone el concepto del yo en su planteamiento e indica que está integrado por pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de la existencia de una persona. Usa el término emociones asociado a la dimensión comportamental, así como a la comunicación

	humana, dando un lugar significativo a los fenómenos de interacción empática y a la consideración de elementos no verbales (King, 1981).
De la adaptación, Sor Callista Roy, 1970	El término emociones es empleado por primera vez en relación con el sistema cognitivo. Tanto el sistema regulador como el cognitivo hacen parte de los llamados <i>mecanismos de afrontamiento</i> que procesan estímulos a través de cuatro modos adaptativos. Dentro del modo cognitivo uno de los canales que lo integran es justamente el canal de las emociones. La autora afirma que en los afectos se busca alivio y que de hecho son visibles en los comportamientos humanos. Cuando se presentan alteraciones en el concepto de sí mismo/ se experimentan sentimientos de ansiedad, impotencia y culpa que señalan problemas de adaptación. Roy emplea términos afines como sentimientos y adecuación afectiva que insisten en proponer un patrón de uso vinculado con el logro de procesos adaptativos satisfactorios, necesarios para superar las tensiones externas que influyen en el ser. Tanto el sufrimiento como la satisfacción emocional se asocian con experiencias interdependientes mediadas por procesos adaptativos, que de no ser exitosos conllevan al malestar y de ser alcanzados derivan en bienestar (Roy, 2009).
De sistemas, Betty Neumann, 1970	Las emociones se abordan principalmente en el dominio psicológico, el cual se vincula con procesos y relaciones mentales, vistas como reacciones a factores estresantes entre los que se encuentran las pérdidas, la tristeza, la depresión, la ira, la frustración y el resentimiento. Dichos estresores son fuerzas disruptivas que invaden las líneas de defensa de las personas, lo que deriva en inestabilidad, enfermedad y muerte, motivo por el cual se espera que el estrés sea controlado mediante intervenciones preventivas. El patrón de uso del término no visibiliza las emociones o los sentimientos de forma explícita, sin embargo, deja ver que tras la aplicación de su enfoque atiende situaciones que se vinculan con los afectos y lo que la autora llama salud emocional (Neuman & Fawcett, 2002).
<b>Visión simultánea transformativa:</b> Los sentimientos están presentes en el entramado humano, más que como una reacción fisiológica, como una energía que constituye el patrón de vida del ser, a quien se le valora su subjetividad, los significados y la vivencia como un proceso más que como un resultado (Alligood, 2018).	
<b>Modelo</b>	<b>Patrón de uso de la palabra emoción y afines</b>
De los seres humanos unitarios, Martha Rogers, 1970	Rogers aborda explícitamente el concepto de emoción. Esto se refleja principalmente en su descripción de los seres humanos como <i>sintientes y pensantes</i> . De acuerdo con su visión unitaria del mundo, insiste en referir que las personas experimentan sentimientos como seres indivisibles y que la afectividad es en sí misma una expresión de su totalidad. Sobre los afectos, indica que son de naturaleza subjetiva, fuerzas integradoras positivas que encuentran expresión en la alegría, la tristeza, el éxtasis, el cobijo, el amor, entre otras emociones. Para Rogers la compasión y el amor incondicional son afectos necesarios para el logro de la realización personal del ser cuidado. Las emociones son manifestaciones energéticas, rítmicas, irreducibles, pandimensionales que emergen del proceso mutuo del campo humanoambiental. Las enfermeras utilizarían el conocimiento y la apreciación unitaria para comprender patrones emocionales que son reflejos del todo y participar de la mutualidad interactiva del campo humanoambiental que promueve el bienestar y el mejoramiento de la experiencia de vida. (Rogers, 1970).
De la expansión de conciencia, Margaret Newman, 1978	La expansión de la conciencia es un proceso de profundización del significado, una vivencia transformadora de creación de sentidos que implica una resonancia emocional por medio de la cual se favorece la conexión entre seres sintientes. El ser tiene un <i>cuerpo emocional</i> que intercambia información y significado con el entorno. Newman no hace otras referencias directas a las emociones, sin embargo, la resonancia emocional permite a l/s profesionales sentir la situación única y las preocupaciones de los seres que cuidan, prestar atención a sus experiencias y percepciones, incluidas historias sobre su vida, sueños y significados retratados. Desde el patrón de uso de expresiones afines, la autora reconoce la dimensión afectiva humana como parte del proceso de creación de sentido (Newman, 1994).

Como se observa en la tabla anterior, la influencia del modelo funcionalista ocasionó una impronta profunda no sólo sobre la visión determinística de la enfermería y su modelo adscrito, sino incluso en modelos que, pertenecientes a la visión interactiva

integrativa enfocada en el reconocimiento de la multidimensionalidad del ser, terminan aplicando lógicas biomédicas, racionalistas y patologizantes que medicalizan los afectos, desconocen su carácter biográfico y los instrumentalizan. En este sentido el giro afectivo es marginal en la enfermería y sólo está asociado al modelo Rogeriano de la unicidad.

### 1.3 Memoria metodológica

La experiencia había comenzado, asistía al encuentro de aquel/s que se convirtieron en compañer/s indispensables tanto para la heurística del estudio como para la comprensión de mi propio ser como investigadora biográfica narrativa, y aunque había definido una ruta metodológica al inicio del proyecto, en la investigación cualitativa el camino se va haciendo y propone a l/s peregrin/s mantener una mirada flexible, acogiendo los cambios y ajustes de las emergencias propias del periplo.

Esta memoria metodológica relatará lo vivido entre la ensoñación del comienzo y los sucesos biográfico-investigativos acontecidos a partir de febrero del año 2022 hasta junio del año 2024, tiempo que tomó la exploración, producción, análisis y escritura **compilados en la Tabla 6:**

Aquel 14 de mayo haría el contacto inicial con la primera participante de la investigación. Según creí, estaba totalmente preparada; sabía lo que debía mencionar de la propuesta y llevaba los documentos de ingreso y hasta una tarjeta de agradecimiento. Lo que olvidé en ese momento fue incluir pañuelos y, de hecho, fue lo que necesité ante el llanto sorpresivo e irrefrenable de la participante...

Diario de campo entrevista informativa con Nena, mayo de 2022.

**Tabla 6. Compilación de memoria metodológica**

<b>Estudio Exploratorio Febrero – abril 2022</b>
Diálogo con expert/s para sugerencias teóricas y metodológicas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar estudio de análisis sobre el concepto de emoción/emociones en enfermería.</li> <li>• Diseñar e implementar experiencias multisensoriales de apoyo durante la producción de datos.</li> <li>• Promover futuros espacios de conversación biográfica aplicados a entornos académicos, laborales y de cuidado en enfermería.</li> </ul>
<b>Búsqueda de participantes y acceso al campo Mayo 2022 – junio 2023</b>
Basada en criterios de inclusión y exclusión, muestreo panorámico intencionado y por bola de nieve, a partir de contacto social, en entidades de salud y educativas públicas y privadas de la ciudad de Cali.

<b>Contacto inicial, entrevistas personales y actividades colectivas Mayo 2022 – junio 2023</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información general del proyecto a posibles participantes.</li> <li>• Diligenciamiento de documento de consentimiento informado e instrumento de datos sociobiográficos.</li> <li>• Entrevistas biográficas a profundidad.</li> <li>• Talleres de discusión colectiva.</li> <li>• Cierre de muestra por saturación significativa.</li> </ul>
<b>Procesos derivados de la producción de datos Mayo 2022 – junio 2023</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grabación de audio.</li> <li>• Transcripción literal de las entrevistas y devoluciones orales/escritas.</li> <li>• Escritura de diario de campo reflexivo.</li> <li>• Diligenciamiento de matriz descriptiva de datos.</li> <li>• Reflexividad de la investigadora a través de narrativa textil.</li> </ul>
<b>Análisis interpretativo Triple mimesis Mayo 2022 – junio 2023</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mimesis I: elementos contextuales, relacionales, afectivos y simbólicos en cada relato.</li> <li>• Mimesis II: reconstruir el sentido profundo de las historias desde una mirada intertextual.</li> <li>• Mimesis III: comprensión de las tramas emocionales emergentes, elaboración de representantes gráficos.</li> <li>• Triangulación de análisis y triangulación teórica.</li> </ul>
<b>Proceso escritural Julio 2023 – agosto 2024</b>
Análisis teórico y diálogos con diversos autor/s.

Emprendí la vivencia investigativa reconociendo que toda propuesta puede ser refinada a través de diálogos que tengan en cuenta las voces de expert/s, quienes aportan teórica y metodológicamente a partir de su experiencia biográfica en la mejora del planteamiento inicial. Bajo esta mirada se llevó a cabo un estudio exploratorio entre los meses de febrero y abril del año 2022 que contó con la participación de doce personas: tres expert/s temáticos, tod/s profesionales enfermer/s, una de ellas internacional; cinco pares investigadores con experiencia en la investigación biográfica narrativa procedentes de campos como lingüística, español, literatura e idiomas, derecho y enfermería y cuatro enfermer/s pertenecientes a las áreas de cuidado intensivo adulto y pediátrico y el servicio de oncología. A partir de los encuentros emergieron derivas en clave de pistas teóricas y metodológicas que fueron consideradas en el estudio en función de los objetivos y los tiempos disponibles para su desarrollo.

La primera contribución de naturaleza teórica giró en torno a la importancia epistemológica, ontológica y práctica que representa para la enfermería la realización de estudios de análisis de concepto sobre el término emoción/emociones al interior de los planteamientos teórico conceptuales, toda vez que hasta el momento no se cuenta con

una conceptualización clara del mismo, hecho que, según l/s expert/s y profesionales enfermer/s, puede afectar de manera significativa el logro de la praxis holística. Esta sugerencia se fue transformando y se convirtió en un estudio del patrón de uso de la palabra emociones y afines a nivel de los modelos explicativos sobre las emociones a lo largo de la historia (funcionalista, construccionista y de giro afectivo), así como en los componentes teóricos de mayor abstracción de la holarquía de conocimiento de enfermería<sup>10</sup>, como se presentó en el anterior apartado.

En segundo lugar, y desde las recomendaciones metodológicas, l/s pares investigadores señalaron que ante la posibilidad de encontrar resistencias y temores de l/s participantes para la apertura al diálogo biográfico narrativo, era recomendable desarrollar ejercicios multisensoriales y expresivos que favorecieran el surgimiento de un relato libre y fluido, a la vez que disfrutaran de una experiencia de cuidado en sí misma. Esta recomendación fue implementada mediante el ofrecimiento de actividades de cuidado y expresivas que, según la disposición y el interés de cada participante, fueron realizadas durante los encuentros biográfico narrativos. Efectué terapias relajantes consistentes en baños de manos, pies y envolturas, cada una de ellas elegidas por l/s enfermer/s según el bienestar que deseaban lograr en el momento específico. Así, por ejemplo, empleé sustancias minerales y vegetales como cristales de sal marina, limón, romero seco, jengibre en polvo, aceite de rosa y lavanda<sup>11</sup> que, dispuestas en el agua o a través de paños tibios ubicados en regiones específicas del cuerpo (hombros, parte posterior del cuello y zona lumbar), sirvieron como mediadores naturales del descanso. Dado que cada persona tenía la opción de programar el encuentro en su lugar de preferencia, este tipo de intervenciones que he decidido denominar “cobijos”, fueron llevados a cabo principalmente en las viviendas de l/s profesionales (**Figura 6**).

Yacy albergaba un profundo dolor ante la posibilidad de muerte de su amado compañero. No continuó con la conversación y me pidió que le hiciera una terapia

---

<sup>10</sup> El artículo derivado del estudio del patrón de uso de la palabra emoción y afines está sometido a revisión para publicación internacional. Dicho escrito fue realizado en compañía de l/s docentes Beatriz Elena Arias López y Howard Butcher.

<sup>11</sup> Dado que las principales quejas de l/s participantes se relacionaban con sensación de fatiga, desvitalización, cansancio e inquietud durante el sueño, seleccioné las sustancias referidas según las indicaciones terapéuticas contenidas en el vademécum colombiano de plantas medicinales (2008).

multisensorial. Tomé un poco de cola de caballo que puse en agua caliente, sumergí un paño y lo coloqué sobre su espalda baja; envolví su cuerpo con frazadas y protegí sus pies del frío, poniendo sobre estos bolsas de agua caliente... Al siguiente encuentro Yacy mencionó: “gracias, necesitaba de tus cuidados, ahora puedo seguir con mi historia”... Diario de campo entrevista con Yacy, julio de 2022.

Durante cada una de las terapias relajantes brindé los implementos requeridos para efectuar los cobijos y describí la actividad en forma detallada, con la aspiración de motivar a l/s participantes a vincularse con rituales sanadores en su experiencia de vida cotidiana. Por esta razón, entregué a manera de obsequio a l/s colegas una pequeña botica con insumos terapeúticos de bienestar. Debo aclarar que fueron pocas las personas que tomaron la opción de recibir dichos cobijos, sentían un poco de timidez al momento de considerar una interacción tan cercana. En resonancia con tal voluntad, hallé oportuno elaborar una canasta para cada participante con los elementos de cuidado que según sus historias y momentos biográficos específicos podían ser de beneficio (**Figura 7**).

Este tipo de actividades multisensoriales, al igual que llevar a cabo las entrevistas biográficas en lugares como cafés y restaurantes, permitieron que l/s participantes se sintieran reconocid/s en sus gustos y preferencias, a la vez que cuidad/s desde la consideración y la escucha, lo que permitió que se obtuviera como logro la emergencia de relatos ricos en diversidad de texturas afectivas, así como también el tejido de un entramado de vínculos de colegaje y amistad que permanecen aún después de terminada la investigación. Es importante indicar que, aunque propuse la realización de actividades expresivas, l/s participantes decidieron concentrarse en los ejercicios de entrevista biográfica, de forma que dicha posibilidad quedó limitada.

La tercera propuesta giró en torno a establecer estrategias de cuidado promoviendo la creación futura de espacios de conversación biográfica al interior de contextos formativos, asistenciales e investigativos de enfermería.

Con el exploratorio terminado, aparentemente estaba lista para el inicio de la producción de datos. En la mochila de mi memoria biográfica existían las voces de doce personas referentes, así como también mi entusiasmo, el interés, los miedos sobre el logro de la muestra y las consecuencias que la recordación ocasionaría en l/s participantes y en mí misma. Fue un momento agrisado, de una melancólica alegría, de un atemorizado coraje:

Hacía ya una semana que esperaba la respuesta de esta enfermera, son pocos los que han tenido su experiencia. Finalmente contestó, y al vernos terminó mencionando que su hija mayor había fallecido el año anterior. Su dolor corría por sus mejillas y, aunque supo que sería complejo, aceptó participar. Yo salí del hospital y mientras caminaba pensaba que la tesis era el escenario que me permitiría exorcizar mis propios demonios, dejando de creer que mi dolor era el único y más fuerte. Me sentí afortunada de poder cuidar los afectos. Me sentí...

Diario de campo, entrevista informativa con Energizer, julio de 2022.

Para el comienzo de la búsqueda de participantes tuve en cuenta el cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de edad según el artículo 1 de la ley 27 de 1977 expedida por el Congreso de Colombia; contar con título profesional de enfermería; tener una clara disposición de participar en una experiencia de investigar-cuidar con enfoque biográfico narrativo<sup>12</sup>; y vivir en la ciudad de Cali o municipios aledaños (dado que es el lugar donde habito y en el que desplegaría la estrategia de contacto social que soporta la vinculación de profesionales). El único criterio de exclusión que especifiqué fue presentar condiciones de salud y contexto limitantes para la participación comunicativa plena y la realización de ejercicios de evocación. A partir de este marco me encontré con quince profesionales que aceptaron disponer sus relatos para la investigación, desarrollada a través de cuarenta y cuatro entrevistas biográficas a profundidad.

---

<sup>12</sup> Hecho que implica detenerse sobre eventos de su propia biografía leer y releer lo referido oralmente, por escrito o por medio expresivo, construyendo la trama emocional emergente en las prácticas de cuidado.

Dada la complejidad que connota el estudio de las emociones, un muestreo de máxima variación me aportó una mirada panorámica que garantizó diversidad y amplitud frente a la producción de datos (Patton, 2002; Ayres, 2007). Adicionalmente, el muestreo intencionado y de bola de nieve favoreció una selección equitativa, toda vez que la inclusión estuvo orientada por unos principios amplios y de poca restricción que me permitieron involucrar participantes con distintas trayectorias personales, profesionales y diferentes condiciones sociobiográficas. Desarrollé una estrategia de contacto social recurriendo a lugares en los que como enfermera había tenido interacciones en razón de mi quehacer profesional, tal que encontré en variados escenarios asistenciales y educativos, tanto públicos como privados de la ciudad de Cali, profesionales interesad/s en vincularse al proyecto. Algun/s enfermer/s llegaron por referencia de otr/s colegas, quienes les mencionaron la vivencia, allanando con esto un camino en relación con la resistencia usual que representa ser invitado a compartir la propia biografía (**Tabla 7, Tabla 8**):

**Tabla 7.** Resumen de datos sociobiográficos.

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Edad	66	60	26	64	30	70	42	55	28	42	26	55	59	32	55
Sexo	F	M	M	F	F	F	M	F	F	M	F	F	F	F	F
Género	M	H	H	M	M	M	H	M	M	H	M	M	M	M	M
Orientación sexual	HTS	HTS	HS	HTS	HTS	HTS	HTS	HTS	HTS	HTS	HTS	HTS	HTS	HTS	HTS
Procedencia	1	2	3	4	4	4	5	6	4	7	4	4	8	4	9
Residencia	1	1	2	1	1	1	1	1	<a href="#">3<sup>13</sup></a>	4	1	2	1	1	5
Estado Civil	V	C	S	SP	S	UL	SP	SP	C	UL	S	UL	C	C	SP
Nivel de formación	E	Mg	PG	E	PG	PhD	E	Mg	Mg	E	PG	PhD	E	PG	PG
Área de desempeño	1 - 16	2 - 16	3	4 - 16 - 18	5	6 - 16 - 17	7	8 - 16	9	10 - 18	11	12 - 16 - 17	13 - 16 - 19	14	15
Naturaleza de la Entidad Laboral	PV	PB	PB	PB	PV	PB/PV	PV	PB	PV	PV	PV	PB/PV	PV	PV	PB
Conformación grupo conviviente	1	1	2	3	4	5	3	6	5	6	3	6	6	5	1
Prácticas espirituales	1 - 2	2	4	2	1	3	4	4	2	4	4	4	2	4	4
Prácticas de ocio, recreación y deporte	1	2	1	1	3	4	6 - 9	3 - 2	4	6 - 7	1	1	3 - 5	4	8
Morbilidad al momento de la investigación	1	2	1	2 - 3	1	4 - 5	1	1	1	2	1	1	2 - 6	1	1

<sup>13</sup> Al inicio de la investigación la colega se encontraba radicada en la ciudad de Cali, luego se desplazó a Medellín, lugar donde terminó su participación a través de la realización de entrevistas biográficas a profundidad por medios electrónicos.

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<b>Prácticas expresivas de su interés</b>	1 - 2	3 - 4	5 - 6	11	4 - 2	7 - 4	8	9	3 - 5 - 6	9	5	10	3 - 6	3 - 5 - 6	9

Datos Sociobiográficos	Convenciones
<b>Participantes</b>	Nena 1, Chucho 2, Tis 3, Energizer 4, Sary 5, Yacy 6, Kairós 7, Guerrero 8, Kage 9, Axel 10, Lupita 11, Yula 12, Sol 13, Lola 14, Azul 15.
<b>Sexo</b>	Femenino F, Masculino M.
<b>Género</b>	Mujer M, Hombre H.
<b>Orientación sexual</b>	Heterosexual HTS, Homosexual HS.
<b>Procedencia (Municipio/Departamento)</b>	Córdoba/Nariño 1, Timbío/Cauca 2, Jamundí/Valle del Cauca 3, Cali/Valle del Cauca 4, Florida/Valle del Cauca 5, Cartagena/Bolívar 6, Dosquebradas/Risaralda 7, Pasto/Nariño 8, Palmira/Valle del Cauca 9.
<b>Residencia</b>	Cali 1, Jamundí 2, Medellín 3, Miranda 4, Palmira 5.
<b>Estado civil</b>	Solter/ S, Casad/ C, Separad/ SP, Unión Libre UL, Viud/ V.
<b>Nivel de formación</b>	Pregrado PG, Especialización E, Maestría Mg, Doctorado PhD.
<b>Área de desempeño</b>	Salud mental 1, Radiología 2, Unidad de cuidado intensivo adulto 3, Sala de operaciones 4, Unidad de cuidado intensivo pediátrico 5, Terapias alternativas 6, Diálisis 7, Ginecología 8, Cuidado paliativo 9, Urgencias adultos 10, Partos 11, Salud pública 12, Seguridad y salud en el trabajo 13, Hospitalización adultos 14, Unidad de personas con quemaduras 15, Docencia 16, Investigación 17, Área administrativa 18, Empresari/ 19.
<b>Naturaleza de la entidad laboral</b>	Pública PB, Privada PV.
<b>Conformación grupo conviviente</b>	Vive con hij/s sin pareja 1, Vive con mamá y abuela 2, Vive sol/ 3, Vive con papá y hermano 4, Vive con la pareja 5, Vive con la pareja e hij/s 6.
<b>Prácticas espirituales</b>	Oración 1, Misa 2, Rituales a la madre tierra 3, Ninguna 4.
<b>Prácticas de ocio, recreación y deporte</b>	Ninguna 1, Caminata 2, Lectura 3, Gimnasio 4, Yoga 5, Jugar ajedrez 6, Ver televisión 7, Bailoterapia 8, Tocar guitarra 9.
<b>Morbilidad al momento de la investigación</b>	Ninguna 1, Hipertensión 2, Hipotiroidismo 3, Ansiedad 4, Depresión 5, Artrosis 6.
<b>Prácticas expresivas de su interés</b>	Cuentos 1, Narrativas textiles 2, Fotografía 3, Fotovoz 4, Pintura 4, Dibujo 6, Diarios expresivos 7, Actividades musicales 8, Ninguna 9, Poesía 10, Bordado 11.

**Tabla 8.** Presentación biográfica de l/s participantes.

Pseudónimo/Descripción
<p><b>Nena.</b> Conocí a Nena –su padre la llamaba así de niña– hace más de 10 años; el campo de desempeño nos había favorecido el encuentro. Nena es una mujer de 66 años que nació en el municipio de Córdoba, departamento de Nariño, y que llegó a la ciudad de Cali a sus 17 años en compañía de su esposo y su madre para iniciar su proceso formativo de pregrado en Enfermería que continuaría con sus especializaciones en las áreas de salud familiar, salud mental y cuidado psicoespiritual. Nena laboró y se pensionó de una clínica privada de la ciudad, entidad en la que se desempeñó, entre otros servicios, en la unidad de salud mental, experiencia que la llevó a incursionar en la docencia universitaria, tanto en instituciones públicas como privadas hasta la actualidad. Al iniciar su participación, Nena había perdido recientemente a su esposo, el padre de sus dos hijos con quienes ella vive hasta el momento. Nena es una mujer creyente que profesa la religión católica y participa en prácticas frecuentes de oración y eucaristía. Sus espacios para el ocio y la recreación se han reducido de forma importante con la pérdida de su esposo, aunque aclara que disfruta de la cuentería y el bordado. Nena refiere que no tiene ninguna alteración en su estado de salud; sin embargo, reconoce que transita un momento de tristeza y múltiples tensiones.</p>
<p><b>Chucho.</b> Apelativo con el cual es llamado desde niño, es un hombre de 60 años que se formó como enfermero en un momento en el que eran pocos los hombres que lo hacían, sintiendo a lo largo de su biografía que era el primero y único en medio de un ambiente académico y laboral mayoritariamente femenino. Originario del municipio de Timbío en el departamento del Cauca, Chucho ha permanecido en razón de su proceso educativo en diferentes lugares de Colombia. Vivió en Bogotá, donde estudió su maestría en oncología, y posteriormente se radicó en Cali, laborando desde entonces y hasta la fecha en una entidad pública de salud. Chucho se ha desempeñado adicionalmente como docente, y dispuso su experiencia al servicio de las reflexiones éticas adelantadas en los Tribunales de Ética de Enfermería. Está casado y vive en compañía de una de sus hijas; disfruta realizar caminatas al aire libre los fines de semana y participar con frecuencia en la eucaristía bajo la creencia católica que profesa. Su conexión con el paisaje y el encuentro de la luz le ha llevado a ser un sobresaliente fotógrafo, por lo que manifiesta interesarse en la construcción de collages fotográficos y el fotovoz como actividades expresivas. Es hipertenso y toma su medicación con excelente adherencia, aunque aclara que, si de autocuidado se trata, su proceso puede tener mejoras.</p>
<p><b>Tis.</b> Forma en la que es llamado cariñosamente por sus amigos, es un joven de 26 años oriundo de Jamundí, municipio ubicado al sur del departamento del Valle del Cauca. Se encuentra soltero y en su adolescencia “salió del closet” apoyado por su familia, con quienes vive actualmente, específicamente con su madre y abuela, mujeres que han marcado profundamente su ser cuidador. Su experiencia profesional se inició en el cuidado domiciliario que continuó con su labor en una entidad pública de salud en el área de cuidado intensivo para adultos. Tis considera que aún no desea iniciar su proceso de formación de posgrado, pues quiere vivir un poco más la experiencia en el servicio para tomar una decisión al respecto. No profesa ninguna práctica religiosa y/o espiritual ni tiene ninguna condición de salud que deba atender; menciona que no realiza actividades de ocio y recreación de manera frecuente, debido en parte a su modalidad de contratación, en la cual no le es posible el disfrute de períodos vacacionales. Tis prefiere para el desarrollo de actividades expresivas realizar ejercicios de dibujo y pintura.</p>
<p><b>Energizer.</b> Es el pseudónimo con el que esta participante fue conocida en su espacio laboral, así como también es la forma en la que su nieta de diez años la describe. A sus 64 años, se encuentra separada, vive sola y está organizando su viaje a España, país en el que se va a radicar para continuar viviendo con su hijo y su familia. Energizer nació en Cali, se formó como enfermera y continuó su proceso de posgrado cursando especializaciones en gestión de la calidad y auditoría en salud. Se pensionó en una entidad pública de salud, donde laboró en sala de cirugía. Es una mujer profundamente espiritual y su práctica religiosa es católica, dedica tiempo a la oración y asiste a la eucaristía regularmente. Aunque está recientemente pensionada, no lleva a cabo actividades de ocio debido a la preparación de su viaje; tiene dos condiciones clínicas –hipertensión e hipotiroidismo– que requieren de atención permanente. Es una bordadora consagrada que sin dudar lo considera el tejido como su manifestación expresiva de mayor interés.</p>
<p><b>Sary.</b> Es una mujer afrodescendiente de 30 años nacida en la ciudad de Cali, se encuentra soltera y está interesada en viajar al extranjero para hacer realidad su sueño de formación de posgrado. Vive con su padre y su hermano; en la misma unidad habitacional, vive su abuela, mujer que se volvió su referente de cuidado. Actualmente Sary labora en una entidad privada de salud en el área de cuidado intensivo pediátrico. No se considera una persona que desarrolle prácticas espirituales/religiosas, aunque eventualmente hace oración. Es una mujer vibrante que dedica tiempo a actividades de ocio y recreación asistiendo al gimnasio, leyendo y viajando por la geografía nacional</p>

Pseudónimo/Descripción
e internacional de forma regular. No tiene ninguna condición de salud que deba atender y afirma tener interés por la fotografía, la poesía y los oficios textiles.
<p><b>Yacy.</b> Término que en lengua guaraní se refiere al dios de la Luna, es la manera como decide ser llamada la participante, aliviando su conexión con el holismo y el cuidado ancestral. Yacy es una mujer de 70 años que nació en la ciudad de Cali, tuvo 3 hijos de su primer matrimonio y actualmente vive en unión libre con su compañero. Yacy es una enfermera con formación doctoral que se ha desempeñado en las áreas de salud pública, terapias alternativas, salud holística, docencia e investigación. La mayor parte de su experiencia laboral estuvo vinculada con entidades públicas tanto asistenciales como educativas, y posteriormente se integró a la educación universitaria privada, además de ocuparse de su propio espacio de sanación holística. Se considera una mujer conectada con el mundo espiritual, realiza con frecuencia rituales que ofrece a la madre tierra, haciendo sahumerios, tejiendo y meditando. Sus actividades de ocio se relacionan con la práctica del yoga, el sembrado y la jardinería. Yacy señala que ocasionalmente ha experimentado ansiedad y depresión, situaciones de salud que han recibido manejo oportuno y apropiado. Como labores expresivas siente gran afinidad por el escrito de diarios.</p>
<p><b>Kairós.</b> Concepto que representa un lapso indeterminado en el que sucede algo importante, así quiere ser nombrado este profesional, quien elabora profundos cuestionamientos en relación con el tiempo y la forma en la que la humanidad actual sucumbe a la ausencia de espacios para el disfrute de la vida. Kairós es un hombre de 42 años nacido en el municipio de Florida, departamento del Valle del Cauca, que vivió en la ciudad de Popayán durante su proceso formativo como enfermero y posteriormente concentró su desempeño laboral en la ciudad de Cali en el área asistencial de diálisis, dada su formación como especialista en nefrología; este énfasis le ha permitido vincularse con entidades asistenciales principalmente privadas y, de manera reciente, con instituciones educativas públicas a nivel de posgrado. Kairós está atravesando un proceso de separación que le ha llevado a radicarse en la ciudad de Cali, lugar en el que vive solo, dedicando parte de su tiempo a actividades de ocio y recreativas como jugar ajedrez, tocar guitarra e ir al gimnasio. No se considera una persona de prácticas espirituales, ni tiene ninguna condición clínica que deba atender en la actualidad, aunque reconoce que trasiega un proceso de duelo. Kairós se interesa por la música como la manifestación de su expresividad.</p>
<p><b>Guerrera.</b> Fue el pseudónimo que se demoró más tiempo en ser elegido por la participante, una mujer cuya integración a la investigación ha estado caracterizada por su forma de ser cautelosa y prudente. Guerrero tiene 55 años y nació en Cartagena, capital del departamento de Bolívar, lugar desde el que se desplazó al término de su formación como enfermera migrando hacia la ciudad de Cali, en donde se estableció de forma permanente con ocasión de su empleo en una entidad pública de salud. Su experiencia le ha permitido desarrollar el rol docente, así como también ocupar cargos de liderazgo al interior de organizaciones gremiales de enfermería. Durante su vida laboral se ha desempeñado en el área de ginecología y obstetricia. Tuvo una hija con su primera pareja, de quien se separó, y actualmente vive con un nuevo compañero y su hija. No se considera una mujer de prácticas espirituales/religiosas, disfruta llevar a cabo caminatas y hacer lecturas como parte de sus actividades de ocio y recreativas. No tiene a la fecha ninguna condición clínica que deba atender y no menciona ningún tipo de interés por la realización de actividades expresivas.</p>
<p><b>Kage.</b> Denominación que surgió al interior de la investigación, es una mujer caleña de 28 años que actualmente labora en un hospital público de la ciudad de Medellín. Kage estudió enfermería y se desempeña en el área de cuidado crítico pediátrico y neonatal, con su experiencia fundamental en el cuidado paliativo. Se formó como especialista en gerencia del talento humano y un máster en cuidado paliativo, está casada y vive con su esposo y sus mascotas de compañía, asiste al gimnasio como una de sus actividades de ocio favoritas y, debido a su práctica religiosa católica, es una creyente que regularmente realiza oración y asiste a la eucaristía. No tiene condiciones clínicas que deba atender y disfruta de vincularse con actividades expresivas como el dibujo, la pintura, la elaboración de collages y la fotografía.</p>
<p><b>Axel.</b> Es el nombre con el que desea ser relatado nuestro siguiente participante, quien nació hace 42 años en el municipio de Dosquebradas en el departamento de Risaralda. Vive actualmente en compañía de su esposa, con quien tiene una relación de unión libre, y sus dos hijos en la ciudad de Miranda, Cauca, municipio cercano a la ciudad de Cali, en la cual labora en el área de urgencias de una entidad privada de salud. Axel es un afrodescendiente que disfruta realizar actividades de ocio y recreación como jugar ajedrez y ver televisión, series y películas. No se considera una persona con una práctica espiritual robusta, su autocuidado gira en torno a mantener sus condiciones de bienestar ya que tiene un diagnóstico de hipertensión. Señala que no está interesado en realizar ninguna actividad expresiva en particular.</p>
<p><b>Lupita.</b> Es una mujer soltera oriunda de la ciudad de Cali de 26 años de edad. Vive al momento con sus padres y hermana y se encuentra organizando el espacio que ha escogido para independizarse, evento biográfico que le ha ocasionado una paradójica mezcla de alegría y tristeza. Estudió enfermería y desde siempre tuvo claro su interés</p>

Pseudónimo/Descripción
<p>por desempeñarse en el área de partos, donde labora actualmente en una entidad privada de salud. Lupita no se ha definido aún por cursar algún tipo de estudio posgradual. No tiene ningún tipo de práctica espiritual, de ocio ni recreativa, salvo algunos viajes que ha realizado durante sus vacaciones y, aunque en general se considera una persona sensible, por el momento no refiere interés por la realización de actividades expresivas.</p>
<p><b>Yula.</b> Es una palabra que significa solidaridad en lengua palenquera y habla de la mujer afrodescendiente que encarna. Nacida en Cali, convive actualmente junto a su esposo, hija y madre en el municipio de Jamundí, tiene 52 años y se declara una apasionada de la enfermería que se ocupa de la salud en los territorios, por lo que su experiencia ha sido principalmente en el área de salud pública, aunque también ha sido docente e investigadora en instituciones educativas públicas y privadas. Al momento se encuentra terminando su formación doctoral, responsabilidad que le deja poco tiempo para la realización de actividades de ocio y recreación. No se considera una mujer de prácticas espirituales y por el momento no registra condiciones de salud que deban atenderse. Desde lo expresivo, refiere que disfruta de la poesía.</p>
<p><b>Sol.</b> Fue la forma en la que decidió podía ser nombrada la participante que se ha desempeñado como enfermera en el área de salud y seguridad en el trabajo. Es una mujer de 59 años que nació en Pasto y migró por su proceso de formación de pregrado a Cali, lugar en el que se radicó y desarrolló su vida personal, académica y profesional. Sol está casada, vive con su esposo y su hija, con quienes comparte actividades de yoga y caminata al aire libre, acciones que considera terapéuticas debido a que tiene diagnóstico de artrosis e hipertensión. Sol es una mujer que profesa la religión católica y se interesa expresivamente por el dibujo y la fotografía. Posterior a su formación como enfermera cursó una especialidad de seguridad y salud en el trabajo, laboró y se pensionó de una entidad privada de salud y actualmente se desempeña como empresaria independiente y docente en instituciones educativas públicas.</p>
<p><b>Lola.</b> Es llamada así por su esposo, se desempeña en el área de hospitalización adultos. Lola es una mujer sonriente, nacida y crecida en la ciudad de Cali desde hace ya 32 años. Actualmente se encuentra vinculada con una institución privada de salud y se está preparando para presentarse al posgrado de heridas y ostomías. Lola perdió hace 3 años a su padre, la figura que encarnó su referente de cuidado, por lo cual, aunque no presenta ninguna condición clínica que deba atender, relata que vivió una fuerte depresión asociada a este hecho. Dedicó parte de su tiempo libre al gimnasio y cuidar de sus mascotas de compañía, así como también viajar de manera frecuente. No se considera una mujer de prácticas espirituales, pero sí de principios como los que aprendió de su padre.</p>
<p><b>Azul.</b> Este es el nombre con el que decide ser llamada la participante, quien se desempeña en la unidad de personas con quemaduras. Azul tiene 55 años y se formó como enfermera posterior a los estudios y el desempeño inicial que tuvo como auxiliar de enfermería; afirma que al momento no está interesada en realizar estudios posgraduales. Está separada y vive con su hijo y su madre, a quien cuida cada noche al terminar sus turnos debido a que se encuentra en condición de postración. Azul nació en la ciudad de Palmira en el departamento del Valle del Cauca, donde vive actualmente. Las entidades asistenciales en las que ha laborado son de naturaleza pública, principalmente; profesa la religión católica y cuando tiene posibilidad asiste a la eucaristía. Debido a su rol de cuidadora familiar tiene poco tiempo para realizar actividades de ocio y recreativas, aunque disfruta de la bailoterapia que puede hacer dentro de su vivienda; se declara poco cercana a la realización de actividades expresivas.</p>

El camino me permitió encontrar *personashistorias* que resonaron con la invitación de la propuesta de investigación y acompañaron el proceso de producción de datos que se inició de manera personal y/o por vía telefónica, hecha previamente la presentación inicial del proyecto. La puerta abierta de la virtualidad como estrategia comunicativa que se fortaleció durante la pandemia fue dispuesta como opción para aquel/s que tuvieran alguna limitación para llevar a cabo este primer encuentro personal. Cada colega que aceptó vincularse con la investigación firmó el documento de consentimiento informado y diligenció el instrumento de datos sociobiográficos (**Anexo 1, Anexo 2**).

Una vez terminada la fase informativa, se procedió con la programación de las entrevistas biográficas a profundidad que se efectuaron en fechas y horarios dispuestos según la facilidad de cada participante. Se privilegió el uso de espacios sociales como cafés, restaurantes, heladerías, así como también el domicilio de la investigadora y algunos lugares de trabajo o de residencia de las personas. Durante esta vivencia comprendí que aunque l/s participantes sugirieran espacios de encuentro al término de las jornadas laborales, lo preferible era ocupar el tiempo diurno entre las 7:00 a.m. y las 6:00 p.m. ya que la fatiga de la jornada podía disminuir el entusiasmo y detalle que suele acompañar la conversación biográfico narrativa:

Disfrutamos con Tis de buscar cafés tranquilos y agradables para compartir ya que el encuentro, además de ser investigativo, era también un momento fraterno. Para este día habíamos seleccionado varios lugares, y como bien dice la sabiduría popular “el que mucho escoge con lo peorcito se queda”, y esto fue lo que pasó: al lugar llegó un alegre grupo de 10 turistas que pusieron a prueba nuestra concentración y la potencia de los equipos de grabación... Aprendí a fuerza de ruido que las entrevistas de los viernes en la tarde debían ser limitadas al máximo, puesto que culturalmente la ciudad de Cali se aviva este día y los sitios públicos se colman de personas, risas, música y conversa... Diario de campo entrevista con Tis, octubre de 2022.

Las cuarenta y cuatro entrevistas realizadas tuvieron una duración que fluctuó entre 60 y 90 minutos por encuentro, se presentaron como motivadores de diálogo dos preguntas dispuestas en cada conversación. La inicial giró en torno a las situaciones de cuidado significativas que la persona podía traer al relato en el marco de su trayectoria de vida personal; la segunda propuso el mismo movilizador en el contexto de la experiencia profesional. Durante el tercer encuentro l/s participantes recibieron, a manera de devolución, frases o fragmentos de sus relatos comentados en las reuniones previas, solicitándoles ampliación respecto de estos detalles dada la influencia que tenían sobre la comprensión del sentido narrativo. Es válido mencionar que siempre se contó

con la anuencia de l/s enfermer/s, quienes decidieron, desde su autonomía y autoría narrativa, profundizar o no en los aspectos señalados de acuerdo a las resonancias que les producían.

Cada entrevista comprendió los siguientes procesos: grabación de audio, transcripción literal, diario de campo reflexivo y matriz descriptiva de datos<sup>14</sup> con aspectos específicos seleccionados de las historias que soportaron el análisis interpretativo Ricoeuriano según cada momento de la *triple mimesis*, planteamiento fundamental para la comprensión vista como un camino de la vida al texto y del texto a la vida (Balaguer, 2002).

La *mimesis I o prefiguración* alude al mundo común entre el/la autor/ y lector/ y representa la acción que implica entender en qué consiste el obrar humano en términos semánticos, simbólicos y temporales. Esta precomprensión requiere del reconocimiento en los relatos de personajes y eventos significativos a nivel personal, social y público; formas de interacción entre l/s actores/actrices; detalles contextuales, culturales y del entorno; así como también significados compartidos y situaciones dispuestas más allá de la lengua manifestadas de forma metafórica, emociones emergentes y epifanías (Denzin 2005). La *mimesis II o configuración* permite la interpretación del texto de cada autor/ por parte del/ lector/ a través de la identificación en las historias de agentes, fines, medios, interacciones, circunstancias y resultados inesperados. Durante esta fase se continúa la profundización de la comprensión de hitos y metáforas haciendo lecturas intertextuales que favorecen la visibilización de puntos de encuentro y diálogo entre narrativas. Finalmente, en la *mimesis III o refiguración* se cierra el tránsito del mundo de la acción y el mundo de la narración, donde el tiempo y el relato son elementos transformadores de la persona que se asume como autor/ ligad/ al mundo y a otr/s por la vía expresiva. La lectura permite en este punto asimilar la capacidad de resignificación que encarna el acto de relatarse, también facilita refinar las historias, aclarándolas, profundizándolas y complejizándolas, llegando al encuentro de la trama narrativa (Kristeva, 1978).

---

<sup>14</sup> Dicha matriz incluyó la siguiente información: eventos y personajes significativos; formas de interacción entre l/s actores/actrices; contexto social, espacial, cultural, económico y político donde sucedieron las historias; metáforas expresadas; emociones emergentes y epifanías identificadas derivadas de los eventos biográficos mencionados. Adicionalmente, añadí un espacio titulado *intuiciones analíticas*, en donde me permití tejer resonancias a partir de lo que escuchaba durante las entrevistas, principalmente en relación con la comprensión de los tránsitos afectivos de l/s participantes.

La espiral interpretativa facilitó que durante el análisis, particularmente en la *mímesis I*, pudiera identificar aspectos contextuales, relacionales, afectivos y simbólicos vehiculados en el relato, para posteriormente reconstruir durante la *mímesis II* el sentido profundo de las historias, enfatizando en procesos de orden intertextual. Esto permitió reconocer los puntos comunes entre los relatos de l/s participantes para dar lugar a las llamadas metanarrativas o metarelatos, definitivos para la comprensión de las tramas emocionales emergentes durante la *mímesis III*.

Adicionalmente, con el fin de favorecer el rigor del estudio, se efectuó triangulación de análisis, llevada a cabo de manera conjunta con la asesora de tesis doctoral en forma permanente y sobre la totalidad de las historias producidas. Dicha triangulación permitió la contrastación intersubjetiva de las realidades investigativas (Ruiz, 1999), la interpretación de unidades de sentido (eventos significativos) y la creación de representadores gráficos. En compañía del tutor de pasantía y la asesora de tesis doctoral adelanté una triangulación teórica entre los referentes conceptuales narrativos Ricoeurianos y la unicidad Rogeriana, trayendo como resultado el planteamiento de una propuesta centrada en el método de investigación biográfico narrativo unitario.

He de mencionar que en muchos textos encontré que la investigación cualitativa tiene un carácter artesanal intrínseco, en la medida en que se constituye en una pieza única donde es posible identificar el sello particular de quienes la elaboran (Arias, 2014). Ciertamente, esto sucedió en un momento de la experiencia, porque pese a que la literatura en enfermería orienta hacia los análisis línea a línea o párrafo a párrafo de los componentes del relato, durante el proceso analítico correspondiente con la *mímesis I*, descubrí que las narraciones se hacían a manera de lo que denominé “colcha de retazos”, es decir que los diálogos fluían fuera de consideraciones lineales, cronológicas y permitían que las personas “saltaran” aquí y allá. Dichas consideraciones me llevaron a reconocer que cada historia tenía un relato central, el cual estaba constituido por una serie de microrrelatos y estos a su vez eran integrados por eventos biográficos significativos que se narraban en varios párrafos no consecutivos. Al descubrir esta particularidad, la filigrana analítica se facilitó y se logró dar inicio al abordaje interpretativo.

El proceso analítico se complementó con la integración de una elaboración expresiva que denominé *representador gráfico*, imagen que sintetizó la trama de sentido

de cada historia y que acompañé de una frase que igualmente condensó el significado de lo narrado. Esta iniciativa surgió de manera intuitiva y me llevó a preguntarme: ¿cómo plasmar los afectos relatados en una expresión gráfica? Durante el proceso me topé con páginas que recreaban los nudos celtas, grabados que fueron encontrados en vestigios arqueológicos de un variado grupo de pobladores Europeos de la Edad de Hierro y que incluían tales símbolos en elementos de adoración, decoración, vestuario e instrumentales de guerra (Díaz, 2003). Al observarlos, me parecía que las curvas recreaban el dinamismo y la belleza que para mí encarnan los relatos y los afectos. Entendía que los trazos infinitos de dichos nudos, hablaban de pueblos escondidos bajo cortinas mágicas de pseudopaganismo, tal y como las historias proponían escenas que guardaban en su interior intensas movilizaciones afectivas. Los nudos celtas tenían una simbología que debía ser develada, al igual que la emotividad en las historias de vida requería ser percibida, recreada y devuelta a l/s participantes para movilizar resonancias en ell/s y confirmar si los representantes expresaban el sentido de lo conversado:

“El dibujo me ha sorprendido gratamente. Me veo allí, a mis historias, a mi relato”, mencionó Kage. “Y como en el cuidado paliativo uno termina siendo como una luz para esas familias, para todas las personas, pues este dibujo recoge todo lo que en esencia mencioné [risas] ¿Sabes algo? Siempre quise hacerme un tatuaje y ahora sé la imagen que me quiero poner es ésta”... Diario de campo entrevista con Kage, marzo de 2023.

Por su parte, los ejercicios de devolución se efectuaron de manera constante durante la investigación; la transcripción de cada entrevista se envió a l/s participantes al término de cada encuentro solicitando su revisión en espera de recibir comentarios y mejoras. Adicionalmente, al inicio de las entrevistas se presentó un resumen de los aspectos fundamentales del relato, en un ejercicio en el que la narración de la persona pasó por mi voz como investigadora, generando la oportunidad verbal durante los encuentros, de recibir resonancias y nuevas claridades. Posteriormente, presenté el representador gráfico y la frase que buscaba sintetizar la interpretación del patrón de trama de sentido del relato, nuevamente en espera de recibir retroalimentación al

respecto; según Sol: “Es una interpretación muy bonita porque esa soy yo, una mujer supremamente autónoma, para mí el valor del amor y el respeto están por sobre todas las cosas” (Diario de campo entrevista con Sol, marzo 2023).

Poco a poco fui comprendiendo lo mencionado por mi asesora, quien afirma que ser leído por otr/ , lo que ella llama espejar el relato desde la voz de otra persona, en este caso mi voz, podía generar sorpresa en l/s participantes, puesto que solemos desconocer la figura real que encarnamos como sujetos biográfico narrativos (Arias, 2014). Efectivamente, no sólo fue inesperado para ell/s sino también para mí, que vi cómo a lo largo del tiempo crecía, decrecía y fluctuaba emocionalmente, en medio de una experiencia que me hacía girar sobre mi propia biografía.

Al término de la inmersión individual, los relatos fueron contrastados bajo la orientación analítica Ricoeuriana que llevó a una lectura intertextual, lo que, como he mencionado, derivó en la consolidación de puntos de encuentro relacionados con eventos biográficos, epifanías y metáforas significativas a nivel colectivo. Estos elementos sirvieron como base para la realización de dos talleres de discusión, uno virtual y otro presencial, cuyo objetivo fundamental fue la devolución y complementación del proceso analítico. En este sentido se buscó ampliar y profundizar sobre aspectos comunes de los relatos en relación con las tramas emocionales emergentes de los mismos. Se dispuso entonces un ejercicio de diálogo y reflexión colectiva de las resonancias.

El cierre de la muestra se llevó a cabo según el planteamiento metodológico inicial, bajo el logro del criterio de saturación significativa que favorece la calidad de la producción de datos, privilegiando profundidad, detalle y relevancia, dando sentido de riqueza y robustez a la investigación (Favourate, 2020); dicha saturación fue alcanzada con un total de doce participantes. No obstante, se consideró oportuno incluir tres perfiles adicionales para favorecer la consolidación de una muestra panorámica de quince personas.

Mi interés y empeño por conseguir las entrevistas no era equivalente al logro de éstas. L/s colegas tenían dificultades para sacar tiempo dentro de sus actividades cotidianas y este tipo de encuentros no podían ser de ninguna manera forzados ni afanosos. Empecé a sentir miedo, escuchaba durante mis tutorías que aún no se

veían relatos comunes, que seguramente la muestra tendría que ampliarse... Mi cronograma se había incumplido, iba fuera de los tiempos... pero acaso, ¿qué es el tiempo? ¿qué debía de aprender a procesar? Efectivamente, a veces la vida te frena y yo debía redimensionar la experiencia llamada tiempo y por supuesto la frustración. ¡Y vaya manera de tramitarlo! Fui diagnosticada con Covid 19 hacia finales del mes de noviembre y esto me tuvo en casa: sin olfato, sin gusto, sin vitalidad y sin entrevistas hasta después del 15 de diciembre. ¡Todo parecía ir de mal en peor! pero cuando ya se había acabado el semestre, en medio de plena celebración decembrina, l/s profesionales empezaron a aceptar las conversas y para enero del 2023 escuché como si fuera “cántico divino” la voz de mi tutora mencionar ¿ves cómo se logró la saturación con menos personas? Debía aprender a confiar, a soltar, a creer... Diario de campo entrevista con Kairós, diciembre 2022.

A medida que se desarrollaba la investigación, fue volviéndose cada vez más significativa la vivencia ética. Además del anonimato y el mantenimiento constante de la confidencialidad, desarrollé un sentido de sigilo, en respuesta a la confianza que sentí depositada en mí a través de sus relatos; consideré que más allá de una formalidad investigativa la propuesta ética era de orden sacro y de cuidado.

Con esta emoción construí rituales en una mixtura entre los criterios de rigor y los aspectos éticos, reconociendo fundamental para ello brindar un lugar central a l/s participantes, iniciando con el respeto por las decisiones que sobre los encuentros y las dinámicas propias de los mismos propusieron cada un/ de l/s colegas. Las grabaciones de voz se llevaron a cabo de manera sutil e informada, utilizando un dispositivo de apoyo que mantenía el equipo celular cerca a la persona, pero fuera de su rango visual, evitando que sentirse grabad/ afectara la narrativa. Cada grabación fue enviada a mi correo personal una vez se terminaba la entrevista y era borrada del equipo celular de manera inmediata, favoreciendo así la intimidad total en la escucha que hacía de las historias.

Las palabras se volvieron textos que hablaron de personashistorias; dichos relatos fueron y vinieron en la interacción y debían retornar a la autoría original, cada transcripción fue enviada previo al encuentro con cada participante con la intención de recibir comentarios y mejoras. Algun/s colegas no alcanzaban a leer sus narraciones, por lo que iniciar cada entrevista con la presentación de un resumen de los eventos significativos del relato fue decisivo para fortalecer la realimentación que se avivó en medio de la interacción personal. Otra manera de devolución se generó al momento de compartir los representadores gráficos y las frases que resumían la trama de sentido de cada historia. Esta experiencia en particular implicó un ejercicio de alta sensibilidad en el orden de lo estético, por cuanto cada imagen debía recoger a la persona y al sentido de su historia; era menester preguntar por los colores, el agrado por la forma, las combinaciones y las expresiones empleadas.

Durante la investigación siempre hablé a l/s participantes en plural, dejando claro el acompañamiento que en todo momento tuve de mi tutora, quien leyó cada transcripción y diario de campo, además de ayudarme en la construcción de los representadores gráficos. Este cobijo fue más allá del orden metodológico, es decir, por encima de lo ético y el rigor, las historias fueron asumidas como piezas de arte que tuvieron un espacio para resonar en mi biografía y la de mi tutora, haciendo posible una lectura triangulada que favoreció los procesos de análisis.

Las acciones que soportaron el cumplimiento de los criterios de rigor estuvieron presentes en la totalidad del trabajo de campo (**Tabla 9**):

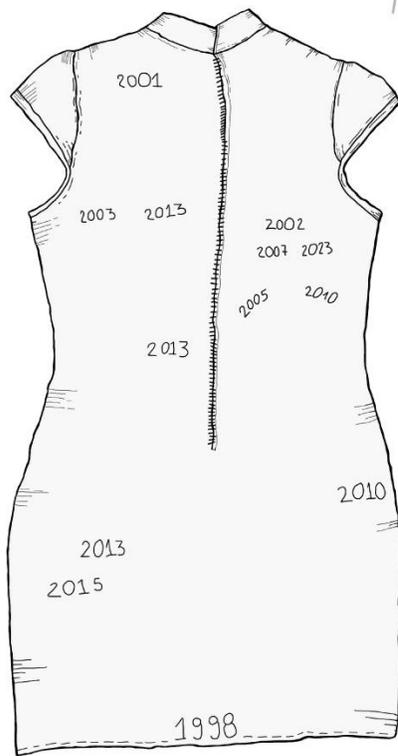
**Tabla 9.** Estrategias garantes para el cumplimiento de criterios de rigor.

Criterio de rigor	Estrategias
Credibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devolución constante de los relatos a l/s participantes, tanto de forma escrita una vez se completaba la transcripción de las entrevistas, así como también de manera oral al inicio de cada encuentro haciendo una recreación de la historia.</li> <li>• Triangulación de análisis con asesora de tesis doctoral.</li> <li>• Permanencia en el campo por tiempo suficiente.</li> <li>• Presentación de anteproyecto y avances del proceso ante grupo académico del Doctorado.</li> <li>• Evaluación de anteproyecto e informe final por pares académicos.</li> </ul>
Transferibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transcripción de cada entrevista.</li> <li>• Elaboración de matriz de datos en excel con aspectos relevantes para el análisis según la triple mimesis de Ricoeur.</li> <li>• Escritura de diario de campo.</li> </ul>

Criterio de rigor	Estrategias
Confiabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Triangulación de análisis con asesora de tesis doctoral.</li> <li>• Escritura de diario de campo.</li> </ul>
Confirmabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicios de devolución constante de la información a l/s participantes.</li> <li>• Triangulación de análisis con asesora de tesis doctoral.</li> <li>• Escritura de diario de campo.</li> <li>• Elaboración de narrativa textil como ejercicio de reflexividad soportado en lo expresivo.</li> <li>• Auditoria de calidad por parte de Comité de Etica de Investigación.</li> </ul>

Cada entrevista fortaleció mi reflexión personal respecto de acontecimientos biográficos que son claramente significativos para mi experiencia de vida. Escuchaba hablar del cuidado al padre y a la madre y lo difícil que resulta superar la muerte de estos seres queridos; sobre el agotamiento que representa ser cuidador familiar y no contar con colaboradores de apoyo para dicha tarea; observaba con dolor y sorpresa el sufrimiento derivado de la violencia acontecida en entornos laborales y seguía con atención los hilos que en cada historia llevaban al camino del tránsito de la experiencia emocional. Mi corazón lloraba, sufría, se alegraba, reflexionaba a partir de cada narración y fue entonces que la energía vincular llevó a que las manos iniciaran el bordado de aquellos hitos biográficos en mi vida, que desde la infancia y hasta ahora han representado mis mayores y más grandes procesos de reto y transformación.

Al finalizar el presente apartado desde una mirada retrospectiva, pude darme cuenta que entre lo imaginado y lo vivido las transformaciones no fueron tan profundas. No puedo negar que representó una gran tristeza que l/s participantes no acogieran la propuesta expresiva que me generaba una expectativa importante. Aun me pregunto ¿es esto una limitación? ¿O, por el contrario, es un matiz que nos habla de la necesidad que tenemos de vivir en y desde el relato, de aprovechar los espacios sin mayores pretensiones, valorando la escucha, la atención y consideración del otr/?... Mientras llega el momento de, quizá, plantear algún posible comentario a este respecto, seguiré bordando las puntadas que cobijan mi devenir emocional...



## 2. Hallazgos

*“La narración biográfica es un método agridulce. Clásico, pues no entraña nada diferente a elaborarse desde la evocación y la expresión; a la vez que arriesgado, en medio de un siglo XXI que parece no querer mirarse, reflexionarse, sentirse, trasegarse, develarse...”*

Diario de campo, abril 2021.

El interés por comprender las tramas emocionales emergentes en las prácticas de cuidado de profesionales enfermer/s fue la intención que orientó el proceso investigativo. Dicho proceso estuvo colmado desde el comienzo de interrogantes que dinamizaron el descubrimiento biográfico hacia la perspectiva de las emociones como parte de la vivencia humana y la práctica de enfermería y de la narración biográfica como una manera de conectarse con ellas a través de la puesta en el relato.

La conversación con las personashistorias me permitió consolidar un paisaje de hallazgos relacionados con contextos, personajes, hitos, dinámicas de interacción y emociones en cada narrativa, y esta información fue el punto de partida de los procesos analíticos en los que tomaron relevancia los eventos biográficos significativos que hacían alusión a todos aquellos sucesos que guardan especial y singular sentido para cada persona y que facilitaron la construcción de significados de la experiencia personal y colectiva. Dichos eventos integraron cuatro hallazgos sobre las emociones en las narrativas biográficas de l/s enfermer/s, como se describe en la **Tabla 10**. Cada apartado de los hallazgos inicia con un relato icónico desde su expresión *emic*, empleando narrativas en primera persona, acompañado por el correspondiente representador gráfico que expresa visualmente la trama de sentido de la historia. Adicionalmente, se ponen en diálogo algunos fragmentos extraídos de mi diario de campo reflexivo.

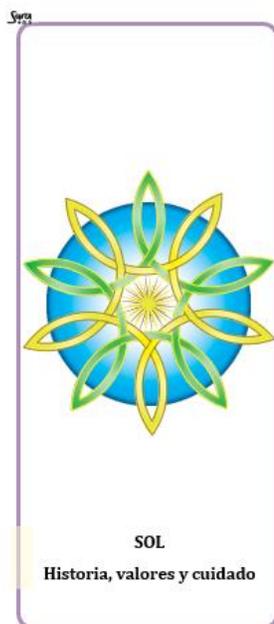
**Tabla 10.** Compilación de hallazgos y su correlación con objetivos.

Hallazgos	Apartados	Objetivo
Aspectos biográficos significativos de la vida personal y profesional	Lo masculino y lo femenino	Objetivo 2
	Cercanía al dolor, la finitud y la muerte	
	Convertirse en cuidador/ permanente	
	Interacciones conflictivas de alta exigencia emocional	

Hallazgos	Apartados	Objetivo
Metamorfosis biográfica: epifanías que iluminan el camino personal y profesional	Inflexiones que redefinen valores y prioridades	Objetivo 3
	Revelaciones y conocimiento personal	
	Superación de obstáculos	
	Inspiración que transforma	
Tramas de sentido emocional	Pragmatismo y blindaje emocional	Objetivos 1 y 4
	Exigencias emocionales	
	Mandatos emocionales	
	Interacción emocional	
Metáforas de las emociones y el cuidado	Encarnación emocional	Objetivos 3 y 4
	Negociación emocional	
	Estigmatización emocional	

## 2.1 Aspectos biográficos significativos de la vida personal y profesional

### 2.1.1 Lo masculino y lo femenino



#### Las abuelas de avanzada

Yo creo que es por mi historia de familia, mi historia de vida. Mi abuela era una mujer que en su edad y en su época era de avanzada... Apenas hace unos pocos años [las personas] hablaban de cuidar el ambiente. Y ella hablaba de cuidar el agua, hablaba de lo saludable que era el sol [desde antes] ¿ya? Ella nos lavaba las manos, para ella era importantísimo. Y mi

otra abuela era de esas abuelas macanudas, matronas. Ella tenía finca y era la que manejaba la finca, ¿sí? Y tú la veías en un caballo y recorriendo, ellas no son como las abuelas de ahora consentidoras, no, nada. Ellas eran chin, chin, chin, rígidas, estrictas ¿sí? Unas matronas, matronas de verdad como de esas épocas en que uno veía las telenovelas así. Mi abuela llegaba así, era una mujer súper elegante. Tenía unos hermosos abrigos, no tenía muchos, pero tenía, utilizaba el perfume Coco Chanel, ella solamente utilizaba ese perfume y ella salía de su casa súper elegante y ella llegaba así [gesto de manos levantadas en el aire], pero así: un baño, mijita, un baño, y lo primero que hacía era lavarse las manos. Ella llegaba de la calle y se lavaba las manos, decía: “Es que me dio la mano Don F. y los hombres no se lavan las manos después de que van al baño”, entonces yo me crié con eso, éramos muy de andar con los abuelos. Mi hija ve otros papás que apapachan, yo me considero una mujer amorosa, pero yo no soy de [gesto de dar muchos besos] porque mi abuela siempre nos decía: “Obras son amores y no buenas razones”. Entonces esa fue mi

*formación. Yo creo que a eso se debe que uno sea así. Creo que es por mi historia de vida que no ha sido de mimos*

*ni nada, sino de tomar decisiones, entonces creo que eso se refleja.*

Sol, marzo de 2023.



*Desde hace ya un tiempo vengo preguntándome ¿cuál será esa característica fundamental del cuidado significativo? Durante las entrevistas me encontré de manera reiterativa el arquetipo que para much/s participantes encarna el cuidado. Mujeres sabias, ancianas cuidadoras, empíricas, que desde la intuición y la dedicación brindan lo que para cada persona les convertía en su referente de cuidado: amor, delicadeza, complicidad, presencia real y muestras significativas de afecto. Quizá el cuidado sea en esencia afectivo, etéreo, significativo... o, quizá, es el resultado de un entramado cultural que sostiene una idea feminizada en la que se perpetua a las mujeres como natural y esencialmente cuidadoras. Diario de campo entrevista con Lupita, octubre de 2022.*



La relación entre la mujer y el cuidado ha sido ampliamente aceptada y naturalizada al interior de dinámicas culturales que a lo largo del tiempo han caracterizado el acto de cuidado como uno esperable de la acción femenina. Múltiples relatos resonaron con esta idea, aliviando el fuerte enraizamiento axiológico del cuidado, pero también la cimentación profunda derivada de los valores de vida heredados en el marco de experiencias biográficas de crianza, donde la voz de las mujeres –bisabuelas, abuelas y madres– cobró particular importancia.

Las experiencias asociadas con lo femenino giraron alrededor de la imagen de estas mujeres sabedoras que son leídas como guardianas, depositarias del tesoro esencial del cuidado. Desde acciones sencillas y cargadas de sentido ellas brindaron el cobijo a las personas bajo su tutela. La vivencia pasó por la orientación de las dinámicas de vida familiar y social a través de la narración de historias, de acciones de consejería y de ejercicios de modelado mediante el ejemplo, en alusión fundamentalmente a los principios de vida.

Las permanentes respuestas de cariño y reconocimiento facilitaron que la voz de estas mujeres tuviese resonancia al interior del nicho familiar, dándole un lugar a las vivencias afectivas, intuitivas y delicadas. Dicha experiencia de lo femenino asociada al cuidado por parte de las mujeres mayores pasó por la propuesta de ritmos que, al introducir compases en la vida cotidiana, cultivaron en las personas de su entorno sentimientos de seguridad y confianza.

La diligencia en la organización de los espacios, más allá del aseo y el confort, buscó proveer ambientes cálidos, amorosos y plenos de simbolismos. Así lo evoca Lupita: “La papita, como le decíamos a la bisabuela, se levantaba cada mañana y organizaba todo en casa, me preparaba mi comida favorita, me tocaba con sus manos siempre cálidas, suaves, y cuando le daban algo rico de comer lo guardaba para que lo disfrutáramos juntas, era su forma de expresarme su afecto”.

Los elementos culturales asociados con la crianza influyen en la experiencia de lo masculino y lo femenino y en la manera como las características asociadas al género se articulan a las prácticas de cuidado. Para l/s participantes procedentes de comunidades afrodescendientes es visible una estructura matriarcal central en la que las mujeres son encargadas de educar y cuidar sin entrar en competencia con los hombres de la comunidad. No obstante, en unos contextos más que en otros se encuentra un fuerte arraigo de posturas machistas, vinculadas con la aceptación de roles clásicos del hombre como proveedor, tomador de decisiones y figura central de poder, sin opción alguna de refutación.

Con la incursión de la mujer en procesos educativos y productivos este tipo de prácticas no sólo fueron cuestionadas, sino que además terminaron por difuminarse en medio de los contextos familiares donde los padres asumieron de manera poco convencional las acciones de cuidado que se coligaban con las mujeres y lo femenino. La poca convencionalidad señalada hace referencia a que los padres llevaron a cabo tales tareas de acuerdo con sus propias formas significativas de cuidar, acompañadas de gestos muy al estilo *del amor de padre*, expresión empleada por Kairós, y que describe de la siguiente manera: “Papá compartía el sobrado de la lonchera con nosotros y me avisaba que me había preparado café”. Para Lupita la experiencia de ser cuidada por su

padre incluyó llegar al colegio con peinados poco prolijos y comer de desayuno emparedado con pan y plátano verde.

La vivencia de lo masculino y lo femenino, lo patriarcal y matriarcal, no sólo emergió en los relatos que describieron experiencias personales, sino también en las historias laborales. El hecho de que la profesión de enfermería esté integrada principalmente por mujeres sigue generando cuestionamientos a los hombres, quienes consideran que no se tienen suficientes referentes masculinos y que es fácil abandonar la formación ante la presión que se ejerce socialmente al cuestionar la hombría de los enfermeros, considerando que todos los que estudian esta profesión tienen una orientación homosexual. Adicionalmente, algunos participantes encuentran poco motivante la actitud de sometimiento que deben asumir l/s profesionales enfermer/s, observable en medio de los modelos asistenciales jerarquizados donde la toma de decisiones sobre la condición clínica de las personas es orientada exclusivamente por el personal médico, encarnación de lo masculino.

La feminización de la profesión involucra, entonces, una suerte de estereotipos que van desde la idea de que l/s enfermer/s ayudan y obedecen la indicación médica (esto es, el mandato masculino), exhibiendo en general una actitud de sometimiento, hasta el cuestionamiento de la vinculación masculina a la profesión, dado que los hombres no se asocian naturalmente al acto de cuidado. Estas miradas estereotípicas también están presentes en las lecturas de la interacción en los ambientes laborales de enfermería, caracterizados por exhibir altos niveles de competitividad, rivalidades, envidias e intrigas entre colegas mujeres, valoración asociada con los espacios que las congregan mayoritariamente. En palabras de Chucho: “Eso es una cosa que requiere mucha prudencia, porque entre ustedes las enfermeras, me va a perdonar, pero el ambiente es muy pesado”.

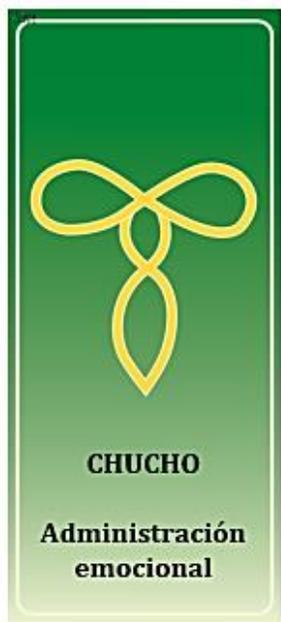
Así, elementos culturales e imaginarios sociales terminan por influir sobre las interacciones laborales, de forma que crean dinámicas asimétricas y tensiones de poder insertas en ejercicios que se relacionan con aspectos como la credibilidad, toma de decisiones y empatía, principalmente entre pares profesionales enfermer/s y, en menor medida, con integrantes de otras profesiones. La figura de la mujer enfermera ha sido cuestionada en su potencial de liderazgo frente a la capacidad de asumir cargos de poder;

la ya mencionada subvaloración del criterio de enfermería sobre la toma de decisiones de salud de las personas y el poco reconocimiento ocasionan una cierta vulneración conflictiva en el ejercicio de la autonomía profesional, situaciones que emergieron en algunas de las narrativas.

El feminismo post estructuralista identificó tres niveles de opresión de la mujer en relación con el conocimiento y el poder: el sexismo, el conocimiento patriarcal y el falocentrismo (Urra, 2007). Aunque dicha reflexión ha motivado una búsqueda por el logro de mayor autonomía de género en la disciplina de enfermería, la existencia de relaciones de poder asociadas a categorías como profesión, género, diferencias generacionales y jerarquías administrativas, continúan influenciando los modelos de liderazgo profesional. Las enfermeras siguen limitadas en el acceso a cargos directivos, que de ser alcanzados se desarrollan replicando los mandatos de sometimiento heteronormativos (Montecinos et al, 2023).

L/s participantes estuvieron de acuerdo en la existencia de tensiones vinculadas con lo masculino, las lógicas patriarcales, la feminización del cuidado y la consecuente aparición de confrontaciones que derivan en emociones de sorpresa, enojo, desinterés, tristeza y angustia. No obstante, señalaron que en las instituciones se fomentan ciertas lógicas administrativas para delimitar la actuación profesional y sus alcances, que mitigan la posibilidad de conflicto, pero no lo problematizan.

## 2.1.2 Cercanía al dolor, la finitud y la muerte



### Mi viudez antes de casarme

*Yo debía ir a vivir a Bogotá porque allá ofertaban mi especialidad. Conocí a una psicóloga, hija de papi y mami, de Ibagué. La conocí viajando de Bogotá a Popayán. Era una mona toda bonita, en cosa de cinco horas ya tenía el nombre y el teléfono de ella. Al bajarse me dijo: “yo le creo todo lo que me dijo si llega a mi casa el domingo”...*

*Al siguiente domingo, sin trabajo, sólo con el subsidio de mis padres y una especialidad por iniciar en la capital, toqué a las 3:00 p.m. la puerta de la casa de ella. Al salir, la mamá me llamó por mi nombre y yo pensé: “estoy jodido”. Todo se inició, todavía no nos habíamos enamorado, era solamente el diálogo. Como a los 15 días arreglamos eso y esa mujer me dio el primer gesto. Yo era estudiante de la Javeriana en el año 1991, ¿sabe cuánto costaba un cafecito, un croissant y algo por allí? \$3.800, hace 30 años. Mire, primer gesto, después de que nos habíamos cuadrado como*

*novios llegó, cogió y sacó de su cartera 3 tarjetas débito, me dijo: “tenga, ahí están las claves, cuando necesite algo aquí en Bogotá no dude, aquí están”.*

*Poco después falleció alguien de su familia y ella me dijo: “venga que le voy a enseñar, el muerto siempre necesita alguien cuerdo para que lo entierren. Usted debe coger la cédula y arreglar todo, el funeral, la bóveda, la misa, el cajón, el velorio, todo. Y no olvide regalar todas las cosas del difunto, no se quede con nada, porque si no, no cierra el duelo”...*

*En el año de 1992, enamorado hasta la médula, le propuse matrimonio, hicimos el curso prematrimonial, yo todavía estaba estudiando, pero me graduaba en diciembre, un dos de diciembre.. y bueno, al día siguiente hubo fiesta en Ibagué, cortesía de la mamá de mi novia. Nos quedamos de ver el 28 de diciembre, día de los inocentes, porque íbamos a repartir las tarjetas para el matrimonio, que sería el 30 de enero del año siguiente. Oiga bien, el 21 yo estaba jugando un partido de fútbol en Timbío cuando pum, llega un policía al bordo de la cancha y pregunta: “¿Quién es Chucho?” Y yo: “¡uff!”, “Tiene una llamada en el comando de policía”, “¿y eso?”. Voy yo y me dice Flor, la mamá: “niño Chuchito, la niña D. se mató en un accidente llegando a Melgar”.*

*Arranqué para Ibagué y en medio de ese espectáculo hice todo lo que ella me había enseñado, no la vi en ese cajón porque, como ella me había dicho, se borrarían todas las imágenes que se tenían antes de eso. Después del sepelio ayudé a sacar toda su ropa del closet. La mamá muy consternada me pasó la cédula para que yo le ayudara con algunos trámites que faltaban. El funeral*

*fue el 22, yo llegué con el corazón desgarrado. Yo pensaba: “¿quién haría algo así conociéndolo apenas a uno?”. Ella por 18 meses que duró mi especialidad estuvo pendiente de mi comida, una dieta especial porque tuve una gastritis horrible. Ella me marcó, me*

*marcó. Yo he tenido muchas otras relaciones, pero como esa no, ni con la mamá de mis hijas. El sentimiento que viví con esa mujer fue demasiado profundo, ella me enseñó el duelo...*

Chucho, junio de 2022.



*No me había equivocado en pensar que D. fue la mujer que marcó la vida de Chucho.*

*Esa muerte lo hizo un viudo que no se alcanzó a casar –aun así, se hizo viudo–, un hombre que ama a medias, un ser que, como lo escucharía durante el palabreo del día de hoy, era ya un ser con coraza. Me pregunto si sólo lo adverso nos hace más fuertes y nos lleva indefectiblemente a desarrollar corazas protectoras, y si todas las distancias son corazas y si todos los escudos realmente protegen. Diario de campo entrevista con*

Chucho, diciembre de 2022.



El dolor emocional estuvo presente de forma significativa en los relatos de l/s participantes, tanto en la vida personal como profesional, alrededor de experiencias de enfermedad, deterioro y muerte. Refirieron un sinfín de emociones con todos sus matices: sorpresa, asombro, miedo, angustia, enojo, valentía, tranquilidad, en conexión con la creencia extendida de que l/s profesionales enfermer/s acuden a una lucha instalada contra la muerte desde los marcos formativos y asistenciales, pero también reconociendo que existen situaciones en las que se agotan las opciones procedimentales y queda lo humano, las emociones, lo intangible.

Muchas de estas situaciones estuvieron marcadas por una sensación de incertidumbre que movilizó toda suerte de imaginarios, atizó sentimientos de angustia y generó cuestionamientos sobre el saber hacer profesional. Cuando se identifican condiciones diagnósticas de alta gravedad e incluso terminales que implican a familiares, las narraciones develaron un profundo sentimiento de respeto por la autonomía frente a la toma de decisiones de aquell/s. Si bien l/s participantes ocuparon un lugar de acompañamiento con el despliegue de todo tipo de recursos y la movilización de influencias para la atención, los sentimientos de culpa y el remordimiento estuvieron presentes, además de la impotencia frente a la inminente finitud.

Respecto del cuidado a familiares durante procesos de enfermedad emergieron dos situaciones emocionales espejadas: un escenario que se caracterizó por la presencia de frustración, tristeza y enojo ante la imposibilidad de contar con tiempo suficiente para asumir los cuidados requeridos; y, en contraposición, otro de alegría y tranquilidad ante la responsabilidad cumplida. Menos frecuente fue la decisión que tomaron algun/s, quienes eligieron ocupar un rol pleno de familiares y no implicarse como profesionales enfermer/s, buscando limitar al máximo la posibilidad de ser invasiv/s frente al proceso de salud y vida de sus familiares; valoraron positivamente el aporte de las redes de apoyo extensas que incluyeron personas por fuera del grupo familiar, así como la recepción de acompañamiento y la realización de prácticas espirituales.

Como ya se mencionó, la muerte de familiares representó para l/s participantes una vivencia marcada por rechazo, negación y culpa, que se vio matizada por la tranquilidad de haber dispuesto el conocimiento, los medios y las influencias sobre el sistema de salud en el favorecimiento de los mejores procesos de atención. Para algun/s fue la puerta que les permitió descubrir el rechazo hacia la emoción de tristeza, que fue disipada principalmente mediante acciones pragmáticas de ocupación en las rutinas de la vida diaria. En general, en los relatos se expresa que l/s profesionales no estaban preparad/s para vivir la muerte de personas significativas; en las historias se manifestó una especie de obstinación por mantener con vida a l/s familiares, pese a que la mayoría de ell/s tenían claro su deseo de fallecer. Los eventos de muerte traumáticos, inesperados y violentos causaron mayores exigencias emocionales para l/s profesionales que aquellos que acontecieron como resultado de un proceso prolongado de enfermedad.

La mayoría de l/s enfermer/s señalaron que fue común vivir eventos de actualización emocional relacionados con el recuerdo y la asociación de sucesos propios, lo que pudo derivar en tristeza, angustia y distracción en la práctica profesional. No obstante, para otr/s fue el punto de partida de una sensibilidad que no se tenía previamente y que se cultivó a partir de experimentar aquellas situaciones personales de enfermedad y muerte. Desde esta posición surgieron profundas reflexiones éticas y propuestas altamente disruptivas al asumir vínculos renovados en su práctica de cuidado profesional más allá del enfoque instrumentalizado y procedimental.

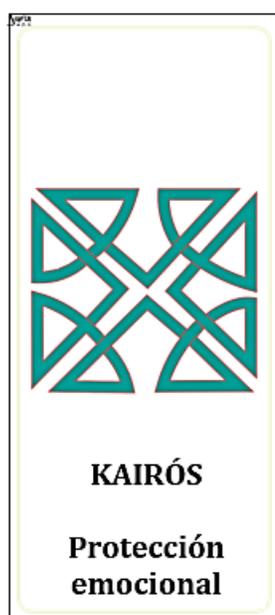
Cuando las personas enfermas son l/s participantes, aparece una especie de negación y sentimiento de culpa al considerar que el propio sufrimiento es incomparable con las condiciones sociales y de enfermedad que afrontan las personas a quienes cuidan. Se trata, entonces, de considerar que estar enferm/ es un privilegio exclusivo de otr/s y no de l/s cuidador/s en sí mism/s. En los casos en que la alteración tiene que ver con afectaciones de la salud mental, la restricción es aún mayor y la búsqueda de atención suele emprenderse de manera tardía, puesto que existe un fuerte estigma hacia la aceptación del sufrimiento psíquico, considerado un evento que l/s hace verse como personas vulnerables que requieren ayuda.

El conocimiento de la propia finitud es uno de los hechos que más intranquiliza; l/s enfermer/s refieren experimentar miedo, temor, angustia y desesperación, ya que si bien conocen lo que sucede a nivel fisiológico, desconocen lo que realmente ocurre al término de la vida. Esta contradicción es llamativa, puesto que el entorno laboral l/s expone con frecuencia a situaciones de muerte, las cuales deben acompañar desde las herramientas disponibles, lo que provoca un avivamiento de las emociones ya señaladas. Situaciones de negligencia, así como también la falta de opciones terapéuticas, terminaron por propiciar emociones de angustia, frustración y enojo, así como también, tristeza y nostalgia ante la pérdida de personas cuidadas con quienes se había establecido una interacción empática, cercana y amorosa.

Cada muerte es diferente porque cada persona es un mundo único. En el marco de las trayectorias profesionales, l/s participantes mencionaron que el impacto emocional suele ser aún mayor cuando quien fallece es alguien que ha sido recomendado/, y se espera que la dedicación al cuidado y la atención hubiese sido mayor. Llevar a cabo rituales con las personas cuidadas, como celebrar cumpleaños, tomar fotografías y compartir alimentos, fueron prácticas que terminaron por eliminarse en la búsqueda de construir algún tipo de protección emocional ante el dolor que experimentaron por la muerte en sus entornos laborales. Hay situaciones en las que esta suele ser tan dramática que impacta, no sólo a l/s familiares, sino a todo el personal asistencial que rodea la escena; l/s profesionales enfermer/s se encuentran sin herramientas para mediar apropiadamente en tales hechos. En palabras de Kage:

Nosotros no supimos qué hacer, había sido un accidente, el padre no quería haberle causado daño a su hijo, pero desgraciadamente murió y su esposa se le lanzó encima culpándolo, llorando y recriminándolo. El señor afirmó que quería terminar con su vida, fue un momento muy tensionante, no sabíamos cómo actuar, la verdad...

### 2.1.3 Convertirse en cuidador/ permanente



#### No tuve tiempo de cuidar a papá

Bueno... a mí me gustaría contar la historia de mi papá, quien falleció hace ya cuatro años. Él era hipertenso desde joven y siempre dijo que los medicamentos le caían mal, que le producían alucinaciones, así que no los tomaba. Él tampoco creía en el Seguro Social porque mi hermana menor falleció en ese lugar teniendo dos días de nacida. Mi papá tuvo una caída porque sufría de mareos por la presión alta y se fracturó una mano, y aunque lo llevé a que le pusieran un yeso, él se lo quitó y se puso una guada, bajo la idea de que con eso

se curaría más rápido. Otro día se cayó desde un lavadero y se fracturó la cadera, le tuvieron que poner una prótesis y al año de la cirugía se volvió a caer y allí sí inició el deterioro franco de mi papá.

Yo soy de Florida, pero trabajo en Cali. Por mi trabajo yo tenía que desplazarme y no podía estar frente al cuidado total de mi papá, quien en un mes se postró en cama.

Cuando tenía tiempo yo le hacía los ejercicios; mi mamá, aunque vivía con él, siempre se ha dedicado más al hogar y mi hermano, que también vivía en la casa con ellos, era muy temeroso y decía que no sabía cómo moverlo o cómo cogerlo, y nunca había sido como muy obligado a dar cuidados. A papá había que bañarlo, cambiarlo, darle de comer, hacerle los ejercicios. Yo estaba al frente de todo cuando el tiempo me lo permitía y de resto se quedaba sin los ejercicios. Poco después inició con una demencia vascular y la cosa se complicó todavía más. No sabía quién era uno, llamaba sólo a mi mamá diciéndole "mamita, mamita". Ella ya estaba muy cansada también. Papá se postró aún más y empezó a perder todas las funciones vitales, dejó de comer, ya no podía deglutir...

*Cuando yo tenía tiempo lo sacaba a pasear en una silla a la vuelta de la casa. Una vez lo encontré acurrucado en la camita en posición fetal y al levantarse papá lloró y me dijo: “vea cómo estoy, no más muerte”...*

*Papá murió el día del padre de hace cuatro años con 83 años de edad, pero sufrió mucho, mucho, y yo le dije que era mejor que descansara, que yo lo amaba mucho y le pedí perdón por lo mal hijo*

*que uno había sido. Me cogió la cabeza, me acarició y al otro día falleció...*

*Por el cuidado de mi papá no pude hacer mucho, lastimosamente. El estrés, las responsabilidades de la vida me llevaron a un momento en donde no podía dejar el trabajo y decir: voy a cuidar a papá. Y siento que ese tiempo que no le dediqué, todavía me duele, me siento algo culpable porque yo soy el enfermero de la casa, yo soy el que sé cuidar...*

*Kairós, septiembre de 2022.*



*Pero ¿qué cosa es el tiempo en una sociedad en donde somos esclavos, ya no del sistema, sino de nosotros mismos? Perdimos la libertad a expensas de ser productivos.*

*Kairós llora ante la muerte y sigue reclamándole al tiempo le devuelva minutos para avivir. Para él, el tiempo es un gigante con el que ha decidido pelear. Lucha por dejar de lado sus propios sentires, sus deseos e ilusiones para el tiempo perfecto en que todo se pueda dar... Esos tiempos perfectos no existen, se tienen que ir creando en el intermedio de la vida. El monstruo del cuidador/ permanente nos absorbe de mil formas, una de ellas haciéndonos creer que el tiempo está en contra, incluso que el tiempo existe... Diario de campo entrevista con Kairós, diciembre de 2022.*



No resulta sencillo asumir la vivencia de emociones desagradables. Tristeza, enojo, impotencia, frustración, entre otras, terminan por convertirse en movilizadores de evitación ante multiplicidad de sucesos biográficos. En el marco de las acciones de cuidado profesional, por ejemplo, la protección emocional involucra alejamiento, atenuación de la interacción y limitación en la creación de vínculos empáticos con personas cuidadas y sus familiares. Sin embargo, cuando la persona que presenta el deterioro de salud es pariente de l/s participantes, dichas estrategias de protección emocional se diversifican y emerge un rol que he denominado cuidador/ permanente desde el cual l/s participantes asumen de forma constante actuaciones de tipo profesional, tanto para orientar acciones de cuidado, como para establecer una cierta distancia emocional respecto de la vivencia.

Esta investidura está presente de manera continua en la vida profesional de l/s enfermer/s, sin representar para ell/s sobrecarga o ser vista como una situación generadora de fatiga y cansancio, en tanto la persona que la asume está convencida de que aquello hace parte de su deber ser en un marco de principios y valores asociados con la profesión. Cuando, por el contrario, dicha postura axiológica riñe con la exigencia propia del rol de cuidador/ permanente, como fue mencionado por Kairós en el relato de apertura, la estrategia de protección emocional no es efectiva y se pasa al sufrimiento, la incomodidad y la sensación de ser superad/ por el evento.

Algunos relatos dejaron ver la tranquilidad que experimentan l/s participantes al poder vincularse con los procesos de cuidado de sus familiares, ya que consideran que el resto de personas que integran la red de apoyo familiar desconocen la terminología y las lógicas asistenciales, y pueden no tener diligencia oportuna y apropiada ante ciertas condiciones de salud. Ser cuidador/ permanente favorece sentimientos de calma, en cuanto existe un ejercicio de control sobre los eventos de salud, recuperación y atención de l/s familiares, aunque paradójicamente para algun/s sus conocimientos pueden llevarl/s a tener comportamientos demandantes, vivir en tensión y angustia ante la dificultad para delegar responsabilidades y ceder el cuidado a otr/s profesionales.

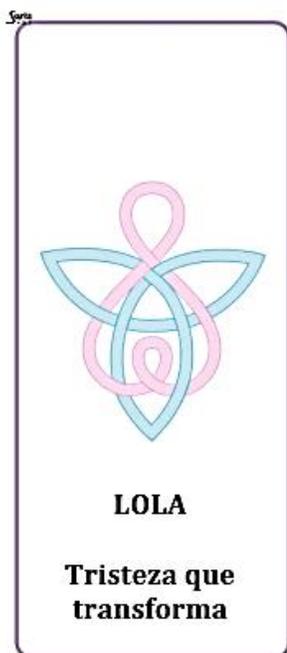
La persona en el rol de cuidador/ permanente debe dar manejo al reconocimiento familiar y social que deriva del mismo, entendiendo que en los entornos cotidianos les demanden de forma constante orientaciones y claridades que fácilmente pueden asociarse al estereotipo del enfermer/ súper héroe o mártir, el cual se mantiene dispuest/ al servicio sacrificado en todo momento. A este tipo de cuidador/ se le pide siempre tener respuestas y se le exige implícitamente una actuación profesional sin errores.

Otro matiz relacionado con este rol fue una actitud de maternaje hacia compañer/s de trabajo y personas cuidadas como si fuesen hij/s a quienes se debe orientar y acompañar desde el afecto que brindaría una madre. El maternaje no es exclusivo de las mujeres y puede ser asumido por hombres que deciden vincularse a través de esta forma de interacción.

El rol de cuidador/ permanente es una estrategia con la cual algun/s enfermer/s transitan sus emociones de forma satisfactoria, sin negar que el distanciamiento y la

coerción emocional propias del comportamiento profesional son, en últimas, estrategias de protección ante emociones desagradables.

### 2.1.4 Interacciones conflictivas de alta exigencia emocional



**A mí no me sirve gente triste pa' trabajar**

Bueno, yo quisiera compartir mi experiencia sobre algo realmente muy significativo, que fue en el momento en que mi papá se encontraba en su final de vida. Mi papá estaba muy enfermo a lo largo del año 2020. En diciembre del 2020 dijeron que estaba terminal porque tenía cáncer de colon y una falla cardíaca muy avanzada, que no había nada que le pudiéramos realizar. Mi papá siempre fue la persona más importante en mi vida [voz quebrada] y pues era muy difícil entender que no había nada que yo pudiera hacer por él.

El día anterior a fallecer, mi mamá me llamó y me dijo que lo veía muy mal, que sí arrimaba y lo miraba, pero mi papá ya tenía una conducta paliativa, no había nada que se le pudiera ofrecer

medicamente, ni nada, solamente un acompañamiento. Yo llegué a la casa, mi papá se encontraba muy mal, estaba delirante, desaturado, hablaba incoherencias. En medio de todo el proceso uno siente que uno no puede ser egoísta con su familia [voz quebrada] y que debe aprender a dejarlos ir. Ese día mi papá hablaba y hablaba solo. Yo le dije: “¿papá tú te quieres despedir? Si quieres nos despedimos [llanto] y me puedes decir lo que quieras”, porque siempre antes me lo había tratado de decir y yo siempre le había dicho que no, que no habláramos del tema, que era un tema incómodo, que yo no quería hablar de eso. En ese momento realmente fueron muy pocas cosas que él me pudo haber dicho, porque no estaba muy bien. Sólo decía que estaba tranquilo, que intentara ser una buena persona, que no le hiciera daño a la gente [llanto] y entonces yo también me despedí de él, le dije que estaba muy feliz, que a mí me tocó un papá increíble, que no había podido ser un mejor papá. Papá falleció a la 1:30 a.m. del 5 de diciembre y definitivamente fue una experiencia que me cambió la vida.

En mi lugar de trabajo yo normalmente soy alegre, me involucro “¿qué vamos a comer?, pidamos”. Pero yo no me sentía bien, porque estaba viviendo un proceso muy difícil, yo me alejé de todos, solo iba exactamente a hacer mi trabajo, me sentaba en la estación, hacía lo que debía de hacer y me iba.

Mi coordinadora era mi amiga, yo confiaba en ella, le contaba de mi vida y ella de la suya. Sucedió que yo estaba

*muy triste, era marzo, a tres meses de la muerte de mi papá, me sentía en lo más bajo de mi ánimo. Ella tenía una fijación con un internista, todo lo que él hacía estaba mal, siempre buscaba cualquier cosa para reprocharlo. Yo con él llegué a tener un trato muy amable, porque antes de que mi papá falleciera él escuchó que yo estaba muy triste por el sufrimiento de mi papá y me dijo que lo disculpara si estaba siendo metido, pero que su suegra acababa de fallecer y le habían sobrado unas ampollas de morfina, que estaban vigentes y que si yo quería él las traería para que medicara a mi papá con dosis bajas y no sufriera tanto.*

*La coordinadora me empezó a decir que yo no le estaba diciendo todo lo que sucedía en la sala, especialmente sobre ese médico y un día muy ofuscada me pidió que fuera a su oficina, allí me volvió a mencionar que yo no estaba viendo las cosas como eran, que el médico andaba haciendo muchas cosas mal y sugirió que si yo tenía una relación extralaboral con él y que como él no se vinculaba con las actividades de la sala, entonces yo tampoco lo estaba haciendo. Yo pensé que era una persona muy atrevida, grosera, ella sabe que tengo una relación estable.*

*Yo cogí y le dije: “no, no, no, mirá”. Yo empecé a llorar de una y creo que fue la primera vez que empleé el término depresión y le dije que estaba pasando por una depresión por el proceso de mi papá, “yo no siento ninguna emoción por los días, no siento emoción por mí, ¿voy a sentir emoción por otra persona?”... Yo no puedo creer que ella haya sido tan insensible, tan cruel. Yo me estaba sintiendo muy mal y en ese momento ella me dijo: “Lola, a mí no me sirve gente triste pa’ trabajar, si usted está muy triste entonces váyase para otro servicio donde tenga que hacer menos, porque a mí la gente triste así no me sirve”.*

*Me siguió diciendo que yo no debería estar triste por eso, ya que tenía a mi esposo. Para ese momento le dije que ella era una atrevida, yo nunca soy de decirle nada porque respeto su rango, pero ¿cómo comparar el dolor que sentía por la pérdida de mi padre, con el hecho de que seguía teniendo a mi marido? Le dije que no tenía sentido lo que ella decía pero que entendía su punto de vista, ¡juy! Todavía me pongo toda fría al recordarlo. Entonces le dije: “estoy de acuerdo con usted, pida el cambio, es más, dígame qué tengo que decir para no mencionar que esto es un tema personal y ya mismo lo solicito”.*

*La coordinadora me dijo que dijera que yo estaba cansada por estar en el servicio Covid ya por once meses consecutivos, cuando la norma decía que sólo podía estar quince días. Yo no lo podía creer, ella representaba a mí líder, era alguien a quien yo admiraba y que te diga literal que vos no servís porque estás triste...*

*Ocho meses después me iban a devolver para donde ella y me decidí a ir a donde la coordinadora de esta persona y le conté todo, todo lo que había pasado. Esta coordinadora no lo podía creer, me dijo que era como si ella fuera un monstruo y le dije que la verdad sí. No me volvieron a poner con ella, me hicieron como una restricción invisible, pero incluso ante una posible reestructuración que se daría en la institución volví a subir a donde la coordinadora y le mencioné: “yo sé que soy jefe [enfermera] de la entidad y no de un piso en específico, pero quiero que sepa que si consideran que debo volver a interactuar con mi antigua coordinadora, debo informar que ella ha seguido siendo grosera conmigo y que ante tal caso estoy decidida a ir a gestión humana y voy a hablar de acoso laboral,*

*porque es lo que ella hace, no sólo conmigo sino con muchas personas”.*

Lola, abril de 2023.



*Fue muy doloroso para mí escuchar que aquella joven vibrante que conocí de estudiante, siempre sonriente y divertida, había vivido un episodio de soledad tan fuerte, que la había llevado a ser incluida en el sistema de diagnósticos y tratamientos anónimos, en donde se es una estadística más de la temida y estigmatizada patología depresiva. Escucharla me hizo volverme a preguntar por el sentido de haber planteado esta investigación. También me hizo recordar que muchas veces me he sentido sola, incomprendida, distante ideológica y axiológicamente... Sin embargo, en la afectividad me encuentro, resueno y es lo que hasta ahora me permite resistir. Por otr/s como Lola y como yo, comprendo que los afectos son mi apuesta por una vida en resistencia.*

Diario de campo entrevista con Lola, abril de 2023.



La interacción es una experiencia humana de gran relevancia que se hizo presente en los relatos de l/s participantes en el marco de los contextos familiares vinculados a situaciones de ruptura de pareja y conflictos en la vida familiar, así como en los entornos laborales, espacios en el que una miscelánea de circunstancias, entre ellas rivalidades, confrontaciones, deslealtades, luchas de poder, competitividad y falta de apoyo, fueron el telón de fondo para la emergencia de vivencias emocionales de alta exigencia.

Con fundamento en la idea del amor romántico y monogámico culturalmente instalada y por esa vía naturalizada, elegir una pareja y conformar una familia se convierte en uno de aquellos hitos en la historia de vida de las personas, quienes en principio consideran que tal elección será permanente y se conservará a lo largo de su existencia. Al constituirse como una vivencia altamente significativa, las rupturas de pareja y los conflictos familiares son situaciones biográficas centrales en la vida de l/s profesionales, asociadas regularmente con emociones de tristeza, angustia, enojo, frustración y desesperanza que demandan asumir niveles de incertidumbre y ajustes en las formas habituales de vida.

En cuanto a las tensiones familiares, se relataron historias relacionadas con luchas de poder entre los miembros de las familias. Esto se conecta con lo ya expuesto sobre la condición de cuidador/ permanente, situación no exenta de malestares y conflictos, bien sea por la imposición de ciertas decisiones, por el agotamiento que sufren y/o por la anulación y silenciamiento que suelen acompañar este tipo de eventos.

No obstante, sin restar importancia a estos elementos tensionantes de la vida familiar, apareció con fuerza en los relatos el peso de las relaciones en el contexto laboral. Esto explicaría por qué en el estado del arte un gran porcentaje de publicaciones se centran en los diagnósticos y posibles soluciones frente a las cargas emocionales que supone la vida laboral del personal de salud. Indudablemente, iniciar la experiencia laboral puede pasar por una especie de idealización. Sin embargo, es el camino y la vivencia lo que permite, en palabras de l/s participantes, afirmar que no se puede trabajar en donde no se es feliz. No se trata, en todo caso, de promover la alegría y el disfrute como la única emoción deseable, ya que dicha consideración es, si se quiere, irreal. Tampoco se pretende dejar exentos de cuestionamiento los mitos que establecen la incomodidad y el sufrimiento extremo como condiciones indispensables para el logro de metas personales y profesionales.

L/s participantes reconocen que las emociones hacen parte de la experiencia humana, y sin embargo los procesos formativos continúan excluyendo la preparación relacional emocional de los ambientes laborales, dejando esta responsabilidad a cada persona. El sobredimensionamiento de la competencia cognitiva, que anula la resonancia de otras dimensiones, introduce una nueva polaridad que fortalece aún más las resistencias sobre la afectividad y niega el profundo sentido de lo estético y lo ético sobre el pensamiento empírico y el conocimiento personal.

L/s enfermer/s se encuentran inmersos en contextos donde el acallamiento emocional se hace presente en medio de relaciones de poder asimétricas en las que las altas jerarquías formativas, laborales o de cuidado actúan ocasionando sufrimiento, enojo, impotencia, frustración y desesperanza. De hecho, en el marco de los procesos formativos, la interacción docente-estudiante termina por instalar una serie de imaginarios respecto de cómo deben generarse las dinámicas relacionales, principalmente orientadas por la verticalidad y el sometimiento. Es común que se presenten situaciones de violencia

emocional que cursan y eventualmente se instalan como referentes de la interacción. Chucho evoca la siguiente experiencia:

Siendo estudiante de segundo semestre llega una docente, yo iba a administrar medicamentos, iba con la bandeja, con las torundas, las jeringas allí y llega la occisa y me mete un grito a mitad del pasillo: “¡bruto, bestia! ¿qué va a hacer?” Y va pasando toda la tripulación médica allí en revista. Claro, yo me pongo rojo, me da ira y cojo y le doy un puño al mesón y me salgo diciéndole: “usted no me trata así”, y dejé tirada esa bandeja y me fui.

En el marco del relacionamiento en la academia, docentes que son pares profesionales han vivido situaciones de celos y competitividad en las que la consolidación de proyectos investigativos o administrativos, el logro de recursos presupuestales y en general el planteamiento de propuestas educativas novedosas, entre otras, han precipitado la aparición de comentarios de rechazo y desaprobación, lo que deriva en experiencias de marginación y renuncia. Pugnas por autoría y la urgencia de figuración alejan y marchitan el sentido de base colectiva que demandan los procesos pedagógicos; así, aparece en escena un fuerte comportamiento individualista reforzado por una obediencia acérrima a sistemas de puntuación internos y externos, como el escalafón docente, los procesos de clasificación, las certificaciones y las acreditaciones.

Adicionalmente, se percibe una distancia significativa entre docentes de áreas clínicas y comunitarias, tal que es común escuchar que la enfermería valiosa es aquella que es científica, en tanto es consonante con actividades procedimentales de alta complejidad e investigación cuantitativa de punta. De esta manera, queda relegada la creatividad, así como las reflexiones éticas, estéticas y colaborativas, ante una escala de reconocimiento implícita que ha profundizado la dicotomía e instrumentalización del pensamiento enfermero. Según Yula “las personas de los hospitales creen que se vuelven salvadores del mundo porque salvaron a una persona, eso da cuenta de una visión muy cerrada que desconoce la totalidad de la realidad en la que vivimos”.

En los entornos asistenciales es común escuchar que el fenómeno angular de estudio de la enfermería es el cuidado, entre cuyas atribuciones se encuentra la

compasión y la humanización. También es recurrente promulgar la base altruista que moviliza el quehacer cotidiano del acto de cuidado; no obstante, tales consideraciones podrían no aparecer de manera frecuente en la experiencia relacional entre enfermer/s. Acontecimientos que pueden llamarse de superación personal en dimensiones académica, económica, de pareja, familiar o social, pueden terminar por desencadenar resentimiento, envidia y desconocimiento, emociones reflejadas en comentarios desafiantes y de desaprobación, visibles a través de conductas de confrontación implícita o explícita, que de manera progresiva han dado lugar a la creencia de que trabajar entre mujeres es mucho más exigente y que las enfermeras están constantemente involucradas en chismes e intrigas. La manipulación, los tratos preferenciales y la falta de consistencia frente a la toma de decisiones de l/s líderes o profesionales que ocupan cargos de coordinación afectan de manera importante el clima laboral.

Al interior de los escenarios laborales l/s profesionales enfrentan situaciones de silenciamiento, so pena de perder sus puestos. Esta situación termina por establecer una confrontación entre la autonomía profesional y la libertad de expresión, además de la imposibilidad de disfrutar de un ambiente laboral sano y de calidad. Pese a que algun/s de l/s participantes refirieron haber tenido experiencias biográficas a este respecto y, de hecho, haber contado con el apoyo de algun/s de sus colegas, en general lo que se percibe es una falta de interés y una cierta apatía frente a la construcción de una voz profesional colectiva y solidaria que de fuerza a los argumentos científicos, éticos y políticos.

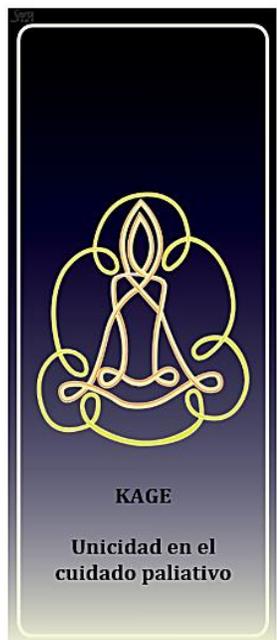
## **2.2 Metamorfosis biográfica: epifanías que iluminan el camino personal y profesional**

Durante la experiencia biográfica vivimos instantes que facilitan la emergencia de una revelación; se aprecia, manifiesta y/o descubre algo que desencadena la propia transformación. Esto se denomina *epifanía*, cuya definición alude a momentos y vivencias interaccionales que dejan huella en la vida, expresando el carácter personal en medio de eventos de crisis en los que se modifican las estructuras de significado de los seres humanos (González, 1996).

El origen etimológico de la palabra se relaciona con el término griego *epiphaneia* que significa mostrarse, aparecer por encima de, y conecta con el hecho inesperado y repentino de comprender el sentido profundo de la propia biografía. Si bien en algunas ocasiones puede estar relacionada con una teodicea, en todos los casos implica una vivencia de inspiración y revelación de la propia existencia (RAE, 2022). Como fenómeno temporal puede conllevar a la introducción de un giro permanente sobre la dirección de las decisiones biográficas, así como también derivar en ejercicios de autoconocimiento, cambio de valores, superación de obstáculos y, en general, en una vivencia de transformación personal. También suele nombrarse los como hitos biográficos o puntos de inflexión.

Las múltiples epifanías encontradas en los relatos de l/s participantes permitieron a aquell/s redefinir valores y prioridades al superar pensamientos convencionales impuestos a nivel social y profesional, así como también a tener un mayor nivel de conocimiento personal derivado de vivencias relacionadas con la orientación y definición sexual, vocacional y de selección de áreas para el desempeño profesional. Además, los hitos biográficos llevaron a l/s enfermer/s a superar obstáculos y hallar inspiración en medio de vivencias de cuidado que transformaron la propia vida y la práctica profesional.

### 2.2.1 Inflexiones que redefinen valores y prioridades



**El diario secreto**

*En el último semestre de mi formación estaba en la unidad de oncología de un hospital público. Para ese momento ya se había despertado mi interés por el cuidado paliativo y me encontré con una menor de 9 años de edad que tenía un diagnóstico sin opciones terapéuticas, su condición era terminal.*

*Con el paso de los días los analgésicos dejaron de hacer efecto, teníamos que recurrir a otras estrategias para calmar el dolor. Tanto estar allí a su lado nos hizo amigas y pude descubrir que ella quería descansar de su sufrimiento, pero lo que no quería era que su familia estuviera triste por ello.*

*La consciencia de la niña en medio de su proceso era increíble, pero no se atrevía a despedirse de su familia. Cada vez que le tocaba el tema a la mamá, ella decía que ocurriría un milagro y se negaba a aceptar su partida.*

*Fuera de todo protocolo le propuse elaborar un diario con mensajes para*

*cada uno de sus familiares, a ella le gustó la idea y me pidió que lo hiciéramos juntas. Yo tomaba el tiempo de mi almuerzo para ir a su cuarto y ayudarla con su diario. Logramos hacer además un video despidiéndose del personal de la sala.*

*La voluntad de la pequeña fue que les entregara personalmente estas elaboraciones a sus familiares y a las personas del servicio. Fue mi compromiso.*

*Al fallecer dejé pasar un día y a la siguiente visita de los padres, que debían volver a la unidad para realizar unos trámites adicionales, me acerqué a ellos y les entregué el diario. Ellos no lo podían creer, al principio lloraban, incluso pensaron que había inventado cosas, pero era la letra de la niña y entonces eso fue re lindo. Se llevaron a casa su diario, la mamá quedó con un agradecimiento profundo.*

*Al día siguiente justo se terminaba mi rotación y yo debía despedirme del servicio, entonces aproveché y presenté el video. Todos guardaron silencio, eso fue muy emocionante, porque de cierta manera muchos querían despedirse de la niña, pero no encontraban las palabras, ni sabían cómo acercarse. Incluso muchos se habían quedado con la zozobra de no estar en el momento de su partida y el video les sirvió para hacer ese cierre. En el video, la imagen de la niña era cuando estaba consciente, entonces fue bello. Yo tengo ese recuerdo y creo que se hizo su voluntad, así nada de eso fuera contemplado formalmente como acciones de cuidado protocolarias. Y ese es uno de mis recuerdos más amados*

*Kage, diciembre de 2022.*



*Rompimiento, rompedura, rotura, escisión, separación, cisma... en todo caso, el cuidado unitario que se brinda a la persona al término de vida, sin importar la edad, el género o cualquier otro tipo de condición, requiere contar con personas que no tengan miedo o, mejor aún, que teniendo miedo y desde el coraje, decidan estar allí cumpliendo las voluntades de quien se despide. Yo fui profesora de Kage y sabía que era una estudiante sobresaliente, académicamente de alto desempeño, pero nunca conocí su historia. Y ahora que la escucho veo la gran mujer que es, el alma vieja que alberga esa jovencita arriesgada, disruptiva, disidente. Pareciera que la vida la puso tempranamente a pasar por situaciones de alta exigencia emocional y desde allí, desde su propio equipaje biográfico tiene una fuerza extraordinaria a la vez que natural y sutil, para permanecer en el lugar del cual la mayoría quiere huir. Vuelvo a sonreír y a darme cuenta una vez más que la privilegiada en esta experiencia laboral e investigativa he sido yo. Grande Kage. Diario de campo entrevista con Kage, diciembre de 2022.*



La biografía está colmada de sucesos que resultan altamente significativos, al punto de considerarse angulares para la transformación de la experiencia humana. Dichas inflexiones, que movilizan cambios en los valores de vida de las personas, tienen en común lo inesperado, la ruptura de las lógicas de pensamiento hegemónicas que han sido naturalizadas y el trasegar de sucesos adversos o generadores de malestar que son considerados de manera retrospectiva y reflexiva como eventos con alto potencial transformador.

Las dinámicas familiares influyeron de manera importante en las trayectorias personales, en tanto es allí donde se experimentaron y aprendieron los primeros referentes axiológicos que permitieron a l/s participantes proponer rupturas visibles a lo largo de su biografía y en sus entornos laborales. Ell/s aceptan que más allá de los protocolos institucionales, fueron esos sucesos familiares relacionados con la crianza y la formación durante la infancia y adolescencia lo que les movilizó hacia la custodia ética y la defensa por los derechos de las personas en condiciones de vulnerabilidad. Para

Lola, el consejo de su padre representó un valor tal que desde su niñez le resuena aún en clave de transformación y orienta su quehacer profesional: “No hagas mal a nadie, obra bien, compórtate con los otros como quieres que lo hagan contigo y si debes corregir, corrige en privado y elogia en público”.

La redefinición de valores movilizó una mezcla de emociones de asombro, incertidumbre, miedo, tristeza y desesperanza, desencadenadas a partir de una variedad de situaciones biográficas, como gestaciones no planeadas, pérdidas por abandono y muerte e, incluso, la experimentación de eventos paranormales. Estas epifanías, en general, llevaron a una transformación valorativa que implicó de manera frecuente la superación del miedo a la pérdida de control y el desarrollo de confianza para afrontar la incertidumbre a partir del propio acervo biográfico. Adicionalmente, requirió el cultivo de una mirada problematizadora que cuestionó paradigmas hegemónicos instalados por lógicas racionalistas y patriarcales relacionados, por un lado, con la imagen dicotómica del ser humano que sobrevalora la razón por encima de la emoción y, por otro, con el destino de sometimiento a la providencia divina. La transmutación de valores favoreció, como evoca Kage, el tránsito hacia la resignificación de los eventos: “el embarazo de mis hermanas fue una bendición, porque la familia, en particular mi madre, no podía superar el asesinato de mi hermano mayor y la llegada de mis sobrinos literalmente la salvó”.

A nivel de las trayectorias profesionales, el hito principal se relacionó con la vivencia de momentos de tensión emocional derivados de la confrontación que percibieron l/s participantes entre los ideales de eficientismo laboral y su interés por el establecimiento de interacciones empáticas entre personal asistencial, personas cuidadas y sus familias en el marco de las prácticas de cuidado. L/s enfermer/s cuestionaron el trato distante y las interacciones convencionales que demandan tanto los protocolos estandarizados de atención como los procesos de cumplimiento de elevados estándares de productividad. Pese a tales condicionamientos, se hizo visible en las historias la disposición de l/s profesionales hacia la creación y consolidación de vínculos afectivos solidarios y robustos, en los que el reconocimiento fue la clave para el desarrollo de sentimientos de felicidad y gratitud. Adicionalmente, l/s participantes se sintieron motivad/s laboralmente en tanto experimentaron aprecio de parte de las personas de su

ambiente ocupacional, hecho que fue ampliamente estimado por encima de cualquier otro tipo de práctica de visibilización o figuración pública propuesta en dicho entorno.

Otro momento de inflexión asociado con las prácticas de cuidado tuvo que ver específicamente con la ruptura que se propone sobre el manejo paliativo limitado a la intervención del dolor. La renovación valorativa permitió que algun/s participantes narraran la necesidad de acompañar el término de la vida mediante la realización de actos simbólicos dirigidos a las personas cuidadas, como rituales de despedida, autorizar visitas de personas significativas y mascotas, llevar a cabo rutinas de renovación de imagen, compartir platillos predilectos, entre otras opciones, haciendo evidente la transformación de valores que velan por la dignificación y el buen morir. No obstante, es necesario advertir que para la gran mayoría de l/s enfermer/s, la muerte es un fenómeno sobrecogedor que ocasiona emociones de temor y culpa, llevándol/s en muchos casos a mantener los soportes farmacológicos y tecnológicos para evitar decesos durante sus turnos.

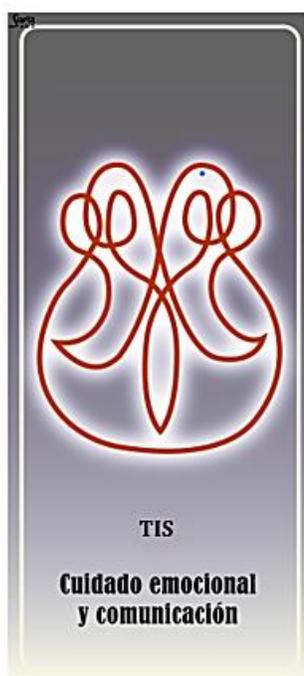
Lo anterior puso de por medio la conflictiva imagen del ser humano que aún está vigente en algunos enfoques de la profesión, principalmente en contextos clínicos, en los que no se permite la resonancia de lo holístico, limitando la apertura a los cuidados unitarios en los que la persona y su entorno están indisolublemente envueltos, insertos en una serie de dinámicas culturales propias de sus ambientes y sociedades. De hecho, l/s participantes que tuvieron experiencias de cuidado comunitarias señalaron que en estos espacios se desdibuja el rol mesiánico que se abrogó la enfermería hospitalaria, y en cambio fue la interacción cálida, cercana y desprovista de asimetrías lo que dinamizó la vivencia de transformación valorativa.

En consonancia con la mencionada redefinición de valores, pude identificar en múltiples narrativas que tanto los procesos formativos vividos al interior del hogar y la familia como el propio bagaje profesional favorecieron el desarrollo de una sensibilidad en l/s participantes que les permitió atender situaciones de cuidado difíciles de anticipar, de ser leídas bajo los enfoques científicistas clásicos de atención. El giro asociado a esta epifanía consistió, entonces, en dar un lugar a la intuición dentro del juicio clínico y la práctica profesional. Esta transformación axiológica también fue visible en la flexibilización de la normatividad restrictiva que imponen las instituciones hospitalarias

durante los procesos de intervención. Dicha intuición llevó a l/s profesionales a cuestionar los mandatos de asepsia emocional, lo que promovió la interacción cercana con las personas cuidadas y sus familiares.

En general, este tipo de epifanías pueden presentarse mediante momentos únicos en la biografía, o también pueden aparecer de forma repetitiva en las trayectorias de vida personal y profesional, dinamizando procesos de renovación axiológica de forma constante.

### **2.2.2 Revelaciones y conocimiento personal**



#### **Hablar sin hablar**

*Cuando inicié mi experiencia laboral fui contratado para brindar cuidados en casa a un adulto mayor que tenía una condición de alta dependencia. Él era atendido por personal auxiliar de enfermería, no obstante, su esposa e hijas consideraban importante contar con la presencia de enfermeros de la Universidad del Valle, puesto que veían que nuestro enfoque era mucho más profundo frente a las prácticas de cuidado.*

*Estando allí me sorprendí de la gran habilidad de comunicación que se tejía entre el señor y su familia, ya que él no podía comunicarse más que por miradas, respiraciones y algunos sonidos guturales. Yo debía aprender a hablar sin hablar y estaba inquieto al respecto.*

*Poco a poco esta familia me acogió y me enseñó a conocer, desde el silencio y la observación, las situaciones y necesidades del señor, además de permitirme, más bien animarme, para ser creativo en el proceso de cuidado e incluir una diversidad de actividades que los programas de home care no contemplan. Así, la esposa e hijas del señor me invitaban a sacarlo a dar paseos fuera del domicilio, a darle chupitos de fruta helada para combatir momentos de ansiedad, a emplear vaporizaciones de eucalipto para mejorar el estado respiratorio y a disponer aromas específicos para favorecer el confort del adulto mayor, incluso me ayudaron a conocer de plantas que usaban con fines terapéuticos en infusiones.*

*Creo que el señor no era dependiente, sino más bien nosotros de él, debíamos estar atentos, pendientes, integrados.*

*Esta experiencia me permitió ver el gran valor que la integración familiar aporta a los procesos de salud de las personas,*

*pues la esposa y sus hijas nunca estaban fuera del cuidado, por el contrario, [se] mantenían siempre atentas, siendo ellas quienes me integraron a mí en las formas de atención que se venían adelantando*

*en el domicilio. Esa vivencia fue genial, me aportó muchísimo.*

Tis, julio de 2022.



*Cada vez que me encontraba con Tis notaba que él traía una selección específica, pensada, excelsa, del contenido que quería abordar, ya que siempre me pedía que le mencionara el movilizador de conversación de forma previa a cada entrevista. Durante su narración Tis pudo descubrir que para él era vertebral la comunicación como elemento terapéutico en su experiencia cuidativa. Sonrió y comentó: “no me había percatado, es cierto, yo que me jacto de no ser gran conversador, tendré que procesarlo para digerirlo”... Me sentía feliz porque al parecer la tesis estaba logrando no sólo transformarme sino además ayudar a l/s participantes de la manera en la que cada un/ consideraba. Sentí en aquel momento que la dupla investigar-cuidar era posible, mediada a través de experiencias de conocimiento personal. Diario de Campo entrevista con Tis, julio de 2022.*



Las revelaciones asociadas al conocimiento personal se encuentran insertas en momentos biográficos en los que se devuelve la mirada sobre sí mism/ en medio de vivencias que pueden ser profundamente confrontadoras y atemorizantes. Para l/s participantes la toma de decisiones fue el ejercicio angular en este tipo de epifanías, que emergieron en historias tan diversas como las relativas a la orientación sexual, la elección de la profesión o el hecho de preferir un área específica para el desarrollo laboral. En cada caso, tal inflexión dejó una huella biográfica profunda en el carácter de l/s enfermer/s, quienes debieron pasar por una práctica de reconocimiento de sí mism/s.

En el primer caso, se trata de una confrontación a la idea heteronormativa de la pareja única de carácter heterosexual. No obstante, hoy por hoy, la reflexión planteada desde los enfoques de género ha dinamizado dicha postura, sin afirmar con ello que la elección y posicionamiento sexual diversa se haya facilitado completamente. Según los

relatos, contar con espacios de interacción en colectivos y clubes de pares favoreció la expresión plena de la diversidad en medio de una vivencia emocional de confianza, tranquilidad y alegría, en la que surgió un fuerte sentido de pertenencia, respaldado de forma significativa, por la aceptación familiar. El instante mismo en el que se experimentó el sentimiento de comunidad en medio de lo diverso, el descubrir de alguna manera una resonancia de la propia unicidad con otr/s, representó una epifanía que fortaleció el conocimiento personal, según narró Tis:

Hacer parte del espectro se tradujo para mí en tener una mayor sensibilidad que me permite comprender mejor lo diferente en medio de los procesos de cuidado.

De hecho, me aporta flexibilidad y me libera, haciéndome cada vez más consciente y humano frente al sentir y la cultura de las personas cuidadas y sus familias.

Esta revelación se extendió más allá de las historias de diversidad sexual a otras situaciones biográficas donde l/s participantes fueron reconocid/s y se les hizo posible resonar con otras personas, lo que ocasionó sentimientos de alegría y aceptación respecto de la propia singularidad. Así, más allá de lo diverso, la inflexión se asoció con el hecho de ser estimad/, tenid/ en cuenta, valorad/ y respaldad/.

Por su parte, la elección de la carrera profesional de enfermería estuvo marcada por la influencia de múltiples y desalentadores imaginarios sociales que, mediados por la falta de conocimiento real del rol, el bajo nivel de reconocimiento social y la feminización de la profesión, ocasionaron resistencia, inconformidad y apatía en algun/s de l/s participantes. La tensión entre querer integrarse a otras profesiones asistenciales o artísticas y poder acceder económicamente a la formación en enfermería terminó por mitigarse de la mano del reconocimiento efectuado por las personas y comunidades cuidadas, quienes l/s eligieron como sus cuidador/s, incluso por encima de profesionales ya titulad/s. Tal elección generó una deriva sobre el conocimiento personal que llevó a que l/s enfermer/s –estudiantes en aquel momento del relato– fueran descubriendo sus propias formas de cuidado significativas: el trato amable, la concertación antes que la imposición y la importancia de la vinculación empática. Ser elegid/s como cuidador/s, aun cuando tenían dudas frente a su elección profesional, representó una epifanía que les hizo volver la mirada sobre sus propias formas de ser y estar ante el cuidado.

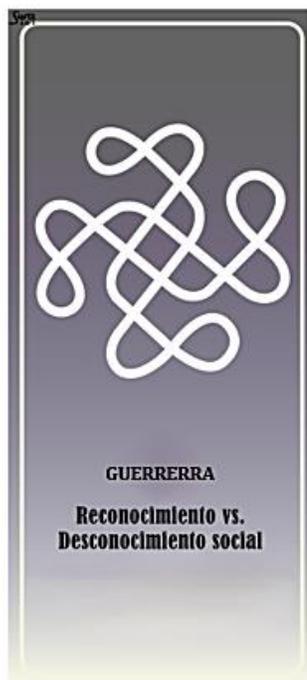
Durante la formación de pregrado en enfermería, dos inflexiones movilizaron prácticas de autoconocimiento en l/s participantes. Una de ellas se relacionó con el choque derivado del encuentro con pedagogías clásicas de interacción vertical, situación que desencadenó incomodidad en algunas personas que veían a l/s docentes como autoridades a quienes no se les podía controvertir; el afrontamiento de tales eventos l/s llevó a recurrir al cobijo de l/s pares, con quienes se tejieron estrategias de comprensión y resistencia, develando en multiplicidad de biografías un alto potencial de liderazgo y postura crítica frente a los propios procesos formativos. El segundo aspecto tuvo que ver con situaciones conducentes al descubrimiento de posibilidades y talentos que se encontraban ocultos bajo las limitaciones que imponen los cronogramas formativos tradicionales que dejan poco tiempo para el disfrute de espacios artísticos, culturales y, en general, para el establecimiento de conversaciones con otras áreas del conocimiento. La revelación de esta epifanía se asoció directamente con el descubrimiento personal del potencial de agencia que se tenía para asumir situaciones adversas mediante el cultivo de maneras comunicativas empáticas, posturas de liderazgo y consolidación solidaria en colectivos de pares.

En cuanto a la elección de un área de desempeño específica, dicha experiencia estuvo asociada principalmente a movimientos intuitivos y al impacto de las prácticas formativas sobre l/s participantes, quienes reconocieron que laborar en espacios de su interés les generó alegría, entusiasmo, motivación y, en general, l/s conectó con una sensibilidad que favoreció la creación de propuestas innovadoras aplicables a sus entornos de cuidado. Pertenecer a un servicio en particular l/s llevó a explorar sus propias características personales y patrones de vida, de forma que encontraron grandes resonancias con los fenómenos comúnmente ocurridos en dichos lugares. En palabras de Lupita:

A todos los demás les disgustaba partos, que si los fluidos, que si la sangre, que si los gritos, en cambio para mí era vivir cada momento el milagro de la vida y apoyar no sólo a una mujer y a su hijo sino, realmente, a toda una familia que por meses ha esperado que suceda lo mejor. Yo sentía que allí tenía sentido todo lo que yo era, mi forma de ser jovial, cálida, la manera atenta de acudir a los llamados

y, sobre todo, el respaldo que les daba a las mujeres durante sus partos, porque no era sólo el dolor, sino el temor de que todo saliera bien, así que muy duro dejarlas solas.

### 2.2.3 Superación de obstáculos



#### **En el Congreso, allá en Bogotá, están las enfermeras duras**

*Ayer dieron una noticia sobre el aumento de las muertes de los niños en la Guajira. Bueno, están criticando al gobierno y yo pensaba ¿y qué hacemos nosotras las enfermeras frente a eso? Pudiera uno decir, pero ustedes como ANEC<sup>15</sup> ¿qué van a hacer? Y yo también pensaba ¿qué podemos hacer sino sentar una posición no más? Pero nosotros no podemos impartir una orden de cuidado, no tenemos, digamos, ese poder todavía. Este tema de la Guajira dentro de ANEC*

*se discutió de cómo podíamos hacer un comunicado en la Guajira y que la ciudadanía viera lo que opinaba ANEC al respecto, pero más de ahí no podemos hacer. Individualmente sí, yo creo que las enfermeras que trabajan en las clínicas, en los hospitales, que trabajan en atención primaria, podrán hacer mucho, muchos controles, alertas, estadística o no sé, todo eso que se trabaja en salud pública, pero nosotros como ANEC no podemos hacer mucho. Y comparo a Colombia con Brasil, allá hay muchas enfermeras en el consejo o como se llame allá. Así podríamos influir, entonces creo que nos falta, y es una tarea de las universidades, de los programas de enfermería, explicar, aterrizar este tema político ¿no? Esta dimensión política de la enfermería, que no es solamente decir “estamos de acuerdo con esta reforma a la salud”, queremos, creemos que podemos participar aquí. Pelear allá no es solamente aceptar lo que el Ministerio de Salud coloque porque ellos consideran que debe ser así. Es que nosotros debemos tener ese poder de decir “esto debería cambiar, aquí deberíamos de estar las enfermeras”. Ir a pelear allá, que es lo que estamos haciendo ahora, que es lo que está haciendo ANEC en Bogotá, las enfermeras duras están allá en el Congreso, tenemos que estar ahí en los sitios importantes, tenemos que*

<sup>15</sup> Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia

*llegar al congreso para lograr cambiar muchas cosas que nosotros sabemos, conocemos, que somos expertas y podemos opinar. Mientras tanto, es muy poco lo que lograremos. Muy poco, es más una presión social, más es que nos vean, que nos conozcan y lograr unirnos. Tenemos que lograr estar en ese tipo de escenarios donde sí podemos lograr cambios, pero desafortunadamente desconocemos esa dimensión política, no sabemos cómo aterrizarla. Tú me hablas a mí de política y, bueno, yo digo ¿de qué me habla? Creo que sí,*

*que nos falta entender y entrar a esos terrenos. Ahora estamos en un buen momento, creo que ACOFAEN Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, va a hacer algunos cambios en los programas de enfermería aprovechando el tema de la política de salud, aprovechando y entendiendo que tenemos que ir a esos escenarios. Espero que de aquí a 10 años [risa suave] podamos hacer, tener más logros en este tema, pero nos falta, sí creo que nos falta mucho.*

Guerrera, diciembre de 2022.



*En múltiples oportunidades he reflexionado sobre la identidad de enfermería, una ocupación tan antigua como el ser humano mismo, a la vez que tan etérea frente a su esencia fundamental. Nunca me he sentido cómoda en los grandes foros internacionales donde hablan sobre el empoderamiento, el liderazgo y el posicionamiento en cargos de toma de decisiones, entre otros aspectos. Encuentro que tales discursos son como cantos de sirenas. Creo que no hemos abordado de manera suficiente la reflexión sobre el cuidado como un acto político, una postura que se tiene frente a la vida y al sistema, una apuesta por introducir una manera de ser y estar como actores sociales y de cuidado. Quizá tenga que ver con el miedo enquistado a tener voz, a visibilizar nuestras ideas, a fomentar las grandes transformaciones desde las bases. Diario de campo entrevista con Guerrero, diciembre de 2022.*



Múltiples historias de vida de l/s participantes han aclarado que el trasegar biográfico de eventos adversos no implicó la vivencia de un trauma inmediato o posterior. De hecho, se mencionó que en lo adverso encontraron significados profundos que dotaron de sentido a sus propias biografías. Situaciones como abandonar la zona de confort, responsabilizarse por la toma de decisiones respecto de la salud de integrantes de la familia, afrontar la muerte de niñ/s y jóvenes cuidad/s e impulsar la consolidación

gremial y política de la enfermería fueron sucesos que condujeron a la superación de obstáculos, como resultado vinculado a epifanías ocurridas en sus vidas.

Como ya he mencionado, la familia se relievó como un espacio de interacción y formación de gran impacto sobre la vida personal y profesional de l/s enfermer/s, quienes muchas veces la han asumido como una zona de confort asociada con sentimientos de seguridad, confianza y tranquilidad derivados de mantener una serie de rutinas claramente establecidas. La salida de estos entornos implicó para much/s la vivencia de emociones de angustia, temor y vulnerabilidad, principalmente ante el hecho de tener que asumir por primera vez las responsabilidades de su vida de manera independiente, fuera del cobijo de padres y parientes. En algunos casos, dicha emancipación estuvo acompañada de sentimientos de culpa y vivencias de duelo originadas a partir del alejamiento de l/s seres querid/s. La epifanía emergió alrededor del instante en el que l/s enfermer/s partieron dejando atrás sus zonas de confianza, convirtiendo este hecho en una oportunidad para movilizar sus propios recursos y generar propuestas creativas de solución ante los obstáculos. Salir de la zona de confort representó un reto para refinar habilidades personales y profesionales.

Así mismo lo fue el hecho de convertirse en cuidador/ permanente, el punto de inflexión se manifestó cuando l/s enfermer/s identificaron que dicho rol estaba ocasionándoles malestar y, en general, una alta exigencia emocional, por lo cual decidieron superar este obstáculo mediante la adopción de posturas de cuidado pragmáticas que tuvieron como eje central el respeto por la voluntad de la persona que requería los cuidados, a la vez que velaron por una sana organización familiar; esto con el fin de evitar el tránsito por experiencias de sobrecarga y fatiga.

Por otra parte, a nivel profesional, la muerte de niñ/s y jóvenes cuidad/s ocasionó en l/s participantes rechazo y emociones de impotencia, frustración y tristeza. Dicha situación, recurrente en el escenario asistencial, representó también una revelación que fue asumida desde la perspectiva de superación de los obstáculos, en la medida en que para l/s enfermer/s sus propias emociones eran limitantes en el afrontamiento pleno de la experiencia. Para much/s significó asumir el acompañamiento al final de la vida, en medio de una mezcla de temor y coraje, tal que este tipo de eventos fueron manifestaciones que marcaron un antes y un después en las maneras de brindar sus

cuidados. Para Nena, esto era uno de sus más grandes miedos, según evoca en su narrativa:

Yo era madre de dos niños, uno de los cuales nació con una malformación congénita, sabía lo que era sentir el riesgo de que enfermara y muriera, así que cuando cuidaba a esas madres y a esos niños que iban a morir, uy, eso era muy duro para mí. Pero con más ganas sacaba fuerzas y les daba más de lo esperado, las ayudaba, les hablaba mucho, si podía las educaba, todo para que estuvieran un poco mejor y aunque era muy fuerte, las acompañaba en el buen morir con sus niños, porque salir y dejarlas a ellas era como si luego no me ayudaran a mí con mi hijo.

Por otra parte, la enfermería ha sido un grupo que, si bien numeroso dentro del equipo sanitario, ha experimentado una consolidación gremial lenta. En Colombia, la ANEC esperaba contar dentro de sus asociad/s con la totalidad de profesionales egresad/s; sin embargo, la realidad evidencia apatía y desinterés hacia la afiliación, participación en las juntas directivas y la movilización de los procesos por la defensa frente a las condiciones laborales y la práctica del cuidado al interior del sistema de salud. Por décadas, los mandatos de sometimiento y obediencia silenciaron el conocimiento y los aportes que desde la enfermería se podía realizar a la ciencia y a la sociedad. El proceso de profesionalización invitó a reflexionar sobre la necesidad de robustecer el diálogo y el trabajo entre pares para crear voces y posturas profesionales. Aunque hoy por hoy en nuestro país la dimensión política de la profesión ha sido poco problematizada como parte de la expresión de cuidado, es justamente esta inflexión respecto de la debilidad gremial la que ha llevado a que se creen algunas estrategias para superar dicho obstáculo. Tales estrategias contemplan el mejoramiento de la agencia ante estamentos gubernamentales con la asignación de cargos y representaciones de enfermería a nivel político central, así como también la creación de alianzas regionales que han permitido una diversificación de los diálogos reflexivos, lo que dio lugar a encuentros académicos, jornadas de actualización, talleres de sensibilización y en general, el cultivo de un mayor sentido de solidaridad y colegaje.

## 2.2.4 Inspiración que transforma



### Aquí yace una mujer que amó la salud pública

Cuando estaba en la universidad preguntaron: “quién quiere ir a salud pública en la práctica del último año”. Y como yo me iba a casar pensé: “yo quiero ir a los centros de salud, llegar temprano a mi casa, poder cuidar a mis hijos” y entonces decidí irme para allá.

Desde ese momento, la Secretaría de Salud ha sido mi casa, donde me formé, donde me hice mujer, madre, niña y enfermera. Mi primer trabajo fue en la comunidad, adelantaba consultas de crecimiento y desarrollo, control prenatal, vacunación y planificación familiar. Allí descubrí mi gran pasión de trabajar con mujeres embarazadas. Yo estaba esperando a mi primer hijo en ese momento y daba el curso de psicoprofilaxis, así que vivía la

experiencia junto con las mujeres a quienes atendía.

Fui contratada en la Secretaría de Salud después de dicho trabajo, estando allí me formaron en Atención Primaria en Salud y yo me enamoré de esa manera de cuidar. Pude participar en el programa infantil de valoración de crecimiento y desarrollo con escalas adaptadas a la población colombiana. Una vez más, todo lo que aprendía allá lo aplicaba con mis hijos en mi casa, mi esposo me decía: “¿todas las mamás serán así de dedicadas a sus hijos?” Desde ese momento comencé a incluir en la atención elementos de juego y arte, sin saber que harían parte de lo que más adelante abordaría a través del cuidado holístico. Pude impulsar el primer programa de valoración escolar en Cali, acercando el personal de salud al grupo de docentes; allí éramos muchos los profesionales implicados, incluso psicólogos, trabajadores sociales y biólogos, este trabajo se hacía con una mirada mucho más integral. Posteriormente, en otro barrio me encargaron las visitas familiares. Cada hogar era conocido por el personal de salud y se sabía de sus situaciones, era muy bonito porque se atendía todo, las personas, el ambiente, hasta las mascotas; de allá salíamos llenas de comida que nos regalaban.

Poco después de estudiar mi maestría, con tres hijos ya, fui nombrada como la primera mujer directora de un SILOS (Sistema Local de Salud) cosa que causó

*bastante cuestionamiento a nivel público para la sociedad de la época. Tuvimos los mejores indicadores. Y allí mi experiencia de cuidado cambió, ya no era directamente con las personas, debía pensar en un mayor número, en poblaciones, el cuidado era mucho más administrativo.*

*Toda esta experiencia sentó las bases para las Escuelas Saludables creadas posteriormente. A medida que pasaba el tiempo mi trabajo fue reconocido, aunque la posibilidad de interactuar con mi familia, mis hijos y mi esposo, era cada vez menor. De hecho, recibí la ayuda de una mujer maravillosa, la abuela de mis hijos quien me apoyó en su crianza, pero mi matrimonio no aguantó... Posteriormente, fui convocada a trabajar en el nivel central en la capital, así que debí trasladarme un tiempo a la ciudad*

*de Bogotá. Como te cuento, fue en la Secretaría de Salud que descubrí todos mis gustos, que pude refinar mi mirada sobre el cuidado integral y el holismo, me dieron la oportunidad de formarme a nivel nacional e internacional y trabajar sobre la promoción de la salud desde esa forma de ver el mundo revolucionaria y contestataria que tanto me llamaba la atención.*

*Mi vida se fue entrelazando con los ritmos que me proponía la Secretaría, los cambios en los modelos asistenciales mismos, los reconocimientos, las representaciones, toda una mezcla de emociones...*

*La Secretaría me acogió a mis 19 o 20 años y me formó, me inspiró, por eso en mi epitafio dirá: aquí yace una mujer que amó la salud pública.*

*Yacy, julio de 2022.*



*Había entrevistado ya a otr/s participantes y sabía que develar el propio ser a través de historias significativas de cuidado no era algo sencillo y recordaba que otr/s habían terminado por naufragar ante la seducción de hablar de títulos y estatus profesional...*

*Yacy no dejaba de mencionar la Secretaría de Salud Pública y poco a poco fui entendiendo que para ella tal institución era una suerte de ser encarnado, porque a través de ella Yacy podía tramitar su forma de ser poco convencional. Ella se había sentido toda la vida rara, diferente, loca y esotérica... Yacy me llevó a descubrir que no sólo existen eventos, sino contextos institucionales significativos, que permean profundamente la biografía y las decisiones de vida. Fue interesante escuchar a una mujer que ha vivido la sanción de promover el cuidado holístico, en medio de una comunidad científica apegada a preceptos racionalistas. Para erguirse le ha tocado resistir desde su intuición, lo ancestral y lo sutil... Aún para Yacy es difícil sentirse sobrecogida por sus emociones, de hecho solloza, respira, toma agua y continua, con un leve atisbo de vergüenza al dejar ver su desnudez emocional. Me siento*

*profundamente en resonancia con Yacy porque, aunque comprendemos el valor de las emociones, a veces también las ocultamos y además, nuestros trabajos por complejos que sean, nos inspiran...* Diario de campo entrevista con Yacy, julio de 2022.



Dentro de las historias de vida, los eventos biográficos significativos contienen multiplicidad de momentos que pueden constituirse en epifanías. He mencionado que la mayoría de estas revelaciones se asocian con situaciones inesperadas y adversas, sin afirmar con esto que son derivas exclusivas de este tipo de eventos. De hecho, el reconocimiento social, así como también las experiencias significativas de cuidado, fueron señaladas por l/s participantes como movilizadores que inspiraron procesos de transformación.

En particular, la imagen de las abuelas como mujeres sabias portadoras de cuidados ancestrales se hizo presente en la mayoría de las historias que marcaron la inspiración como epifanía. Este tipo de manifestación conectó profundamente con formas de cuidado consideradas significativas por l/s participantes, al grado de llevarl/s a querer reproducir tales prácticas de cuidado en sus entornos profesionales. Ell/s desean cuidar como lo hacían las abuelas de antaño, de manera reposada, dialogar sin prisa, cobijar amorosamente durante momentos de angustia, dar esperanza ante la incertidumbre y ser cómplice de los anhelos de vida, tal y como lo vivieron en sus propias biografías de infancia.

En uno de los relatos se mencionó una minoría diversa constituida por un colectivo de mujeres afrodescendientes que laboraban en una de las plazas de mercado de la ciudad de Cali vendiendo frutas y vegetales. Estas mujeres, que socialmente no tenían mayor representatividad en tanto venían de regiones periféricas en las que habían vivido condiciones de vulneración social, económica, educativa y asistencial, entre otras, construyeron su voz a través de la creación de un grupo de sanadoras, adscritas a la corriente católica de José Gregorio Hernández (médico santificado por atribuirse milagros curativos). Dicho colectivo se reunía de manera quincenal, elaboraban altares con frutas, verduras y tejían palitos de hierbas, que eran rezados para ser ofrecidos a la divinidad, empleándolos para limpiar su cuerpo. Durante los encuentros efectuaban

rezos, cantos, conversaciones y se imponían las manos en gesto de sanación. Las prácticas de su abuela tuvieron gran resonancia para Yula, tanto en su ser como en su ámbito profesional:

Yo de niña me iba con ella para todo eso y me gustaba porque la comida siempre era natural y el ambiente se sentía tranquilo. Luego, cuando de enfermera llegué a trabajar con parteras, todo esto cobró gran sentido para mí, valoré la cercanía, la calidez, el manejo de la herbolaria que hacían dichas mujeres, creo que se lo debo a la sensibilidad que despertó en mí el grupo de las Gregorianas de la abuela, que fueron toda una inspiración, yo sí creo que eso a mí me afectó para bien.

Otra experiencia que igualmente movilizó ejercicios de autoconocimiento fue la inserción en instituciones laborales significativas. Estos lugares promovieron, como dejó ver la historia de Yacy, una construcción y consolidación del ser y del pensamiento cuestionador y disruptivo a través de sus dinámicas que permitió la generación de propuestas creativas por parte de l/s enfermer/s. El reconocimiento efectuado por tales instituciones se convirtió en una revelación inspiradora que propició la emergencia de multiplicidad de propuestas emancipadoras respecto de las lógicas de cuidado clásicas. De hecho, muchas de las estrategias de atención que hoy se desarrollan en escenarios comunitarios, hospitalarios y académicos, fueron impulsadas por el apoyo recibido en dichos espacios laborales.

En este tipo de epifanías la emulación dinamizó el paso de la inspiración al acto creativo, puesto que no se trató sólo de tener un referente para imitar, sino que más bien permitió una mediación afectiva como base para la movilización emocional. La conexión afectiva con la acción disruptiva marcó la aparición de propuestas inspiradoras que, a su vez, se hicieron referentes para otros contextos y generaciones.

## 2.3 Tramas de sentido emocional

### 2.3.1 Pragmatismo y blindaje emocional



**No es que las emociones no estén, es que las guarda uno en el bolsillito...**

*Pero finalmente salen, sí, en algún momento tienen que salir a flote todas esas emociones, con la familia o con amigos o con las parejas, siempre es como la misma tendencia. Y es que cuando yo digo “no es el momento”, me refiero a que por vivir las emociones no voy a dejar de trabajar o de atender lo que me toca del día... Por ejemplo, yo hoy no estoy trabajando, mañana tengo turno, pasado mañana también, entonces si yo me pongo a darle vueltas al asunto, a pensar en esas cosas que me ponen triste, pues no voy a estar como en las condiciones emocionalmente para ir a trabajar o para ir a estudiar. Entonces uno se pone a*

*pensar: o me preocupo por esto o dejo que la vida continúe.*

*Para mí es más eso, aparte de no querer generar la molestia en el otro, ni en mí, porque no estoy preparada, ni tengo el tiempo para ponerme a pensar en lo que me ha puesto triste o con enojo. Recuerdo que cuando estaba en la universidad, si yo me tomaba el tiempo para experimentar lo que sentía, lo que me abrumaba, pues dejaba a un lado la responsabilidad, entonces para mí siempre va a ser más importante cumplir con la responsabilidad que tengo hacia mí misma y hacia mi familia y que tengo que trabajar, ser una persona funcional, entonces es más por ese lado.*

*Y cuando digo ser funcional significa ser productivo, ser eficiente, que cumpla. No solamente ir, así como con una tusa ni la más terrible, vas y haces tu turno, obviamente, no con la misma energía, pero muy duro, es duro y allí es donde yo voy: ¿qué tanto puedo yo ser útil en mi trabajo si no estoy bien emocionalmente? Pero no es que las emociones no estén, sino que las guarda uno en el bolsillito, entonces cuando llega a la casa, al parecer porque eso no se puede, pues ahí sí es que se pone uno triste o a llorar, entonces son muchas cosas que hay que pensar y que yo trato de esconderme lo mío, esconder lo de los demás, siempre nuestro buena cara, la mayoría del tiempo soy una persona que maneja el humor, que me río, pero todos tenemos nuestras cositas por ahí...*

*Yo siento que uno se acostumbra a las personas y a los momentos y a la rutina ¿no? Una pérdida para mí, por ejemplo, es como saber que esa persona ya no va a estar más en mi vida. Puede que no se*

*muera, pero que ya no nos volvamos a ver o que se vaya del país. Como que cuando ya siento que las cosas no van a ser como siempre, para mí eso es una pérdida, entonces ya no va, o sea ya la zona de confort y el día a día, todo lo que yo estaba acostumbrada y las cosas que*

*esperaba que siguieran sucediendo ya no van a estar, yo siento que por eso prefiero ser práctica con esconder mis emociones, es también como protegerse, ¿no?*

Lupita, diciembre de 2022.



*Estaba pasando por uno de los momentos más angustiantes de mi proceso formativo, me sentía incómoda por no cumplir con el cronograma inicialmente proyectado, mis emociones iban y venían entre la frustración, la impotencia, el enojo y la resignación. Pensé que había quedado mal del Covid, porque me había pasado unos pocos días atrás. Y es que siempre es más sencillo pensar en una causa física y no en algo emocional... Al llegar Lupita e iniciar su conversación de aquella tarde, entendí casi de inmediato el porqué de sus rechazos, la renuencia al encuentro, la dificultad que interponía para terminar las entrevistas. Con voz entrecortada indicó: “me voy de la casa de mis padres, es momento”. Aunque decía entenderlo, también sentía mucho dolor por la pérdida, era un nuevo duelo que le removió sus más íntimos guardados emocionales, llegando al enojo que le permitió cuestionar al padre, a su aparente abandono familiar en nombre de una religión, a las exigencias académicas a las que la había sometido durante su juventud. Permanecí callada y comprendí que su defensa por la funcionalidad no era más que el miedo a vivir el vacío, la soledad y el silencio de encontrarse en medio de ese escenario cara a cara con sus más profundas y enquistadas emociones. Diario de campo entrevista con Lupita, diciembre de 2022.*



Durante el siglo XIX, Charles Sanders Pierce, John Dewey y William James promovieron un movimiento filosófico en Norteamérica denominado pragmatismo, según el cual sólo es verdadero aquello que tiene un valor práctico. El significado que establece este enfoque está fundamentado en la utilidad de las cosas, definida la verdad y bondad de las mismas de acuerdo con su beneficio. El término se ha aplicado en múltiples saberes, entre ellos economía, política, educación y derecho (Bernstein, 1993). Al nivel de las emociones y el comportamiento humano, dicho enfoque se ha asociado con

planteamientos que proponen el control y manejo de los sentimientos como parte de la comprensión y el trámite efectivo de las experiencias (González, 1996). Por su parte, el término blindaje alude al acto de protegerse de la acción del fuego, proyectiles u otros elementos potencialmente dañinos (RAE, 2022). Esta expresión se emplea aquí de manera figurada para referirse a una suerte de ejercicio de defensa no material.

Para la gran mayoría de l/s participantes la pregunta sobre las emociones estuvo rodeada de una serie de imaginarios, de ideas instaladas de rechazo hacia la emotividad y las vivencias afectivas que debían ser estrictamente controladas, principalmente en los entornos laborales. A partir de esta mirada emergió el uso de los términos pragmatismo y blindaje, aludiendo respectivamente al imperativo de ser práctico y protegerse de los trasegares emocionales, que fueron asumidos por l/s participantes como experiencias potencialmente generadoras de daño, malestar e intrusión en el hacer profesional. Bajo esta lógica, se considera exitoso defenderse de las emociones, así como también hacer un uso práctico, casi instrumental, de las mismas.

Los eventos biográficos asociados al pragmatismo y blindaje emocional se relacionan con cuestionamientos a figuras de autoridad, enfrentamiento con experiencias de actualización emocional en las que se reviven hechos de alta exigencia afectiva de la vida propia en experiencias profesionales, la obligación de asumir el cuidado de personas con pronósticos poco favorables y, finalmente, el desconocimiento de lo que sucede posterior a la muerte.

Padres, madres, docentes y jefes directos fueron las figuras de referencia que en la biografía de l/s profesionales se convirtieron de forma natural o impuesta en autoridades, algunas de ellas idealizadas en los entornos familiares, formativos y laborales. Estos referentes, indujeron en l/s profesionales actitudes de aceptación y sometimiento ante sus normas y dinámicas. No obstante, las vivencias de violencia, maltrato y abandono que en su momento no fueron cuestionadas, terminaron por acallar las emociones de miedo, enojo, frustración e impotencia; las interacciones asimétricas naturalizadas generaron una predilección por el silencio y la no confrontación. Estas situaciones se dieron principalmente durante su infancia o adolescencia, así como también en su formación de pregrado y los primeros años de desempeño profesional. La respuesta de

l/s enfermer/s fue superponer la funcionalidad de su vida cotidiana sobre las emociones. De acuerdo a Energizer:

Yo era muy niña y no me gusta hablar de esa situación... Mi padre intentó abusar de mí y luego mi esposo fue un maltratador. No sabía cómo comportarme, era muy niña. Guardé mis emociones, nunca dije nada sobre esos hechos, decidí enfocarme en salir adelante con mi trabajo.

Esta respuesta de sentirse emocionalmente desligad/s o estratégicamente silenciad/s reaparece en las trayectorias profesionales antes situaciones que evocan su propia historia. Mecanismos de evitación, alejamiento y delegación en otr/s profesionales son algunas de las estrategias de blindaje emocional más frecuentes en los relatos.

Como ya se mencionó, la muerte es una de las vivencias que genera más confrontación, rechazo, impotencia y angustia; no solamente las cercanas, sino además las que se presentan en los contextos laborales que, aunque son esperables, siguen representando malestar para l/s enfermer/s. La mayoría señalan que dichas muertes ponen en cuestión su propia actuación de cuidado y el nivel de posible responsabilidad sobre el deceso; lo más recurrente es acudir al bloqueo de las emociones de tristeza, abandonando o evitando el contacto con las personas cuidadas y sus familiares. El desconocimiento de lo que sucede posterior a la muerte genera en algun/s profesionales cuestionamientos espirituales y temores. Kairós comenta al respecto:

Desconozco lo que sucede cuando termina la vida, algunos creen que irán al cielo, otros que volverán en otros cuerpos, yo realmente no sé y ese desconocimiento me llena de temor. No permanezco al lado de los que sufren por la muerte, porque yo mismo no la entiendo. Sé que no soy eterno, pero quisiera tener una mayor certeza respecto de lo que sucede tras el fin de la vida.

L/s profesionales se muestran renuentes al establecimiento de cercanía y calidez durante los procesos de cuidado de personas con pronósticos poco favorables, sumándose a los mandatos de blindaje emocional para no sufrir ante la muerte inevitable. De allí que, según l/s participantes, los servicios de oncología y pediatría, escenarios

donde la muerte resulta dramática, pongan en peligro la salud mental del personal, como lo menciona Chuchó: “el doctor siempre me decía: Chuchito, cuidado con entregar el corazón, que aquí uno se vuelve loco con todo lo que pasa”.

La protección emocional no sólo se efectuó en relación con situaciones generadoras de malestar y sufrimiento, sino que para algún/s dicho blindaje debía extenderse ante sentimientos de alegría, ternura y amor, considerando que tales afectos, en principio placenteros, podían traducirse en experiencias dolorosas ante rupturas y pérdidas. En general, tanto el pragmatismo como el blindaje emocional son prácticas ampliamente difundidas en la cultura formativa y laboral de l/s profesionales enfermer/s, que en todo caso terminan por reconocer que tales ejercicios les imponen lógicas aún más exigentes desde el plano afectivo. **La llamada regulación emocional puede ser una táctica de supervivencia, aunque múltiples autor/s advierten que su uso prolongado puede llevar al agotamiento emocional y a la despersonalización (Halbesleben & Rathert, 2008).**

### 2.3.2. Exigencias emocionales



**Una cosa es lo que yo le cuente y  
otra cosa es usted ver**

*Pasaba el tercer pico de la pandemia por Covid 19 que fue el más alto en el*

*servicio, por allá por el mes de diciembre del año 2021. Figúrese, en un espacio de 29 cubículos había 100 adultos, 56 clasificados como unidad de cuidado intensivo y el resto estaban en reanimación e intubados. Eso parecía un sitio de guerra y pues uno se tenía que adaptar. Así que lo bueno fue que lo que se necesitara en el servicio, la clínica lo disponía en tiempo récord. Ya habíamos atendido los picos anteriores y veníamos cansados. Éramos un área restringida, prácticamente nadie quería estar ahí en urgencias, eso se intubaba una persona y rápidamente se seguía con la otra y así...*

*El personal a quien coordino fue muy especial. Sudaban, lucían cansados, pero le hacían a todo.*

*El tema con la familia era muy duro, la gente decía que había dejado a su familiar en la silla y que cuando llegaban lo encontraban muerto. No había*

*expertos en pandemias y eso fue triste y agotador. Por fortuna sólo una persona del área asistencial del servicio tuvo una infección que se complicó, de resto todos pasaron sin mayores contratiempos.*

*Yo nunca dejé de ingresar por miedo a donde mis muchachos. Yo debía estar con ellos. Una vez pasé al lado de una persona que me pidió que le acercara un orinal y al momento de entregárselo me tosió en la cara, yo sentí ese viento y pensé: esto es lo que pasan todos los días los muchachos.*

*Fue muy difícil, llegaban esposos, familias completas y uno tenía que decidirse por dejar a los que estaban más delicados. El sufrimiento era inevitable, había cuadros muy dolorosos, fallecían parejas de esposos, los hijos, los abuelos, eso fue muy triste, pero teníamos que seguir en la atención.*

*En el siguiente pico la gente no llegó tan complicada, sino que el volumen se incrementó y fue aún más difícil. Tuvimos que atender incluso en una zona que se acondicionó en el parqueadero de la institución.*

*Recuerdo que hubo un momento en el que le pedí a la jefe que suspendiera las auditorias en el servicio porque no dábamos para más y le dije que lo que necesitábamos era ayuda para poder continuar, no tantas evaluaciones. No se trataba de presionar y presionar más al personal, sino al contrario, de darles todo para que su trabajo fuese más fluido.*

*Recuerdo que allí la entidad dispuso un espacio dentro de la clínica para que las personas pudieran descansar un poco durante sus turnos, había líneas de atención por psicología de forma permanente, incluso estaban pendientes de llevarles comida, porque había momentos en que literalmente no podían salir. Cuando yo llegaba a mi casa, a mí a veces me preguntaban que cómo iba todo, que cómo era eso y yo decía: una cosa es lo que yo le diga y otra es estar usted ahí. Por eso considero que la pandemia fue el evento quizás más exigente que haya asumido en mi experiencia profesional y como coordinador hasta la fecha.*

*Axel, diciembre de 2022.*



*Dialogar con este participante se había convertido en una experiencia interesante, puesto que se ubicaba desde enfoques ampliamente racionalistas, biofisiológicos de la práctica de cuidado, a la vez que podía introducir reflexiones sobre vivencias paranormales y espiritualidad. En particular cuando escuché su historia sobre enfrentar una pandemia, pensé que, si bien él no había sido un cuidador directo en dicho contexto, había integrado la denominada primera línea de atención. Durante su conversación fue muy evidente la alta carga auto y socialmente impuesta que hemos asumido como salvador/s y súper héroes l/s profesionales enfermer/s. Nos cuesta comprender que no todo lo podemos, que no todo lo venceremos, que estamos siendo instrumentalizad/s, quizá de manera inconsciente, por una sociedad que se ocupa de mantenernos en la productividad y la eficiencia. Esa sociedad, esa forma de ser nos*

*disciplina, nos aconducta, nos ciega en el trabajo haciéndonos creer que debemos lograr el máximo rendimiento... la pandemia introdujo una pausa forzada para un/s, pero para otr/s, como pudo narrarlo Axel, implicó que la experiencia fuera aún más intensa. En la sociedad del rendimiento no hay lugar a los afectos, básicamente porque la exigencia no deja tiempo...* Diario de campo entrevista con Axel, diciembre de 2022.



El término exigencia se asocia por definición a una pretensión ambiciosa, caprichosa y desmedida, en la que un agente externo impone el cumplimiento de una determinada acción (RAE, 2022). Esta condición forzada y de obligatoriedad suele asociarse con la aparición de situaciones de estrés y fatiga laboral (Silva & Silva, 2021). A este respecto, l/s participantes mencionaron una serie de situaciones de la vida personal y profesional que derivaron en la vivencia de acontecimientos de alta exigencia emocional, influyeron particularmente las presiones familiares durante la infancia y adolescencia, laborar en campos de actividad poco atractivos o resonantes y tener que enfrentar dilemas éticos vinculados con el acto de cuidado.

A nivel familiar, las situaciones biográficas de alta exigencia emocional estuvieron asociadas a ejercicios de crianza y educación bajo lógicas de competitividad que promovieron en l/s enfermer/s sentimientos de frustración, impotencia, tristeza y angustia frente a las altas expectativas que padres, madres y familiares habían depositado sobre l/s futur/s profesionales. En general, l/s participantes fueron instad/s a tener calificaciones sobresalientes durante su formación secundaria, hecho que posteriormente les permitiría acceder a instituciones universitarias de renombre a nivel regional, conminad/s a formarse en la carrera de medicina como primera opción idealizada de alto estatus social. Quienes cargaron la consigna de la competencia, relataron que ello limitó e instrumentalizó el proceso educativo mismo y lo redujo a un ejercicio de indicadores numéricos, eliminando el disfrute, la capacidad de elección y la construcción de saber propio reflexivo y creativo a expensas de lograr indicadores de rendimiento académico. Estas lógicas de competencia se instalaron como referentes de interacción en los procesos formativos universitarios y el ejercicio laboral, lo que conllevó a la emergencia de angustia, enojo, culpa y vergüenza.

Durante la crianza fue recurrente la imposición de preceptos religiosos asociados a una recompensa futura. Bajo este enfoque, padres, madres y familiares prometieron a l/s participantes el logro de la redención ante la muerte, alcanzado a través de una vida terrenal de pobreza, servicio y sufrimiento como prácticas propias de un buen cristian/. En palabras de Lupita:

¿Y yo por qué voy a venir a sufrir, cuando todo lo que he ganado hasta ahora ha sido por mis propios méritos? Yo no creo que eso me haga una mejor persona, porque mi papá, por ejemplo, por andar en eso del servicio [religioso] prefiere estar con otra gente y no con nosotros en la familia, eso no debe ser muy bueno que digamos.

Como ya se indicó, laborar en áreas de desempeño preferidas por l/s participantes generó resonancias afectivas expresadas en interés, alegría, satisfacción y entusiasmo. Sin embargo, algun/s enfermer/s reconocen que al inicio de su desempeño profesional desconocían cuál era su espacio de afinidad y que durante el proceso formativo no siempre se logra identificarlo. Adicionalmente, las condiciones del contexto laboral imponen ubicaciones que no coinciden con las afinidades de l/s enfermer/s y que pueden conllevar malestar e inconformidad. Para l/s participantes el trabajo en espacios poco apasionantes estuvo asociado a sentimientos de frustración, impotencia y tristeza que se acompañaron de fatiga y cansancio, lo que derivó en reubicación o retiro laboral. L/s profesionales advirtieron que las limitaciones en la gestión administrativa incrementaron la exigencia emocional y el temor ante las consecuencias legales; esto se expresó en contextos laborales con pobre infraestructura, dotación restringida de insumos, escasez de recursos tecnológicos y servicios sin condiciones óptimas.

Si bien dicha experiencia ocupacional derivó en aprendizaje y refinamiento de habilidades, no fue menos cierto el cuestionamiento respecto a la afectación en su condición de salud física y mental. Incluso la sobredemanda de atención, en contraste con la baja capacidad instalada, les llevó a reflexionar sobre sus posturas éticas vinculadas con la atención ideal. De hecho, l/s enfermer/s que exhibieron altos estándares de comportamiento ético en las áreas asistenciales relataron que su nivel de autoexigencia les produjo alegría, interés y satisfacción. No obstante, la tensión y el

malestar emergió ante la impotencia frente a comportamientos poco éticos de otr/s integrantes del equipo asistencial y administrativo.

La pandemia, evento que constituyó para much/s un hito biográfico, fue el escenario en el que confluyeron la gran mayoría de los factores de exigencia emocional previamente comentados. L/s participantes experimentaron temor a lo desconocido, a contagiarse o transmitir el virus a l/s integrantes de su propia familia, pero además se vieron expuest/s a dilemas éticos relacionados con la clasificación y priorización de las personas que podían recibir la atención. Mencionaron que la emotividad y el sentimentalismo podían influir negativamente en dichas decisiones, por lo cual se autoimpusieron su silenciamiento.

Durante la pandemia, l/s profesionales asumieron dos fuertes y contradictorios imaginarios sociales: el primero de ellos tuvo que ver con el temor al contagio a través del contacto con personal de salud fuera de las entidades asistenciales, lo que l/s expuso a rechazo, agresión verbal y física; la segunda creencia contrapuesta se derivó de la concepción de mártires que se endilgó a l/s enfermer/s, quienes, encarnando el rol de súper héroes o heroínas, debían asumir sin mayores resistencias las condiciones de sobrecarga y exigencia de aquel momento. En ambos casos, la situación llevó a que decidieran ocultar sus emociones de temor, angustia, tristeza, impotencia, frustración y enojo bajo máscaras afectivas de coraje y valentía. Adicionalmente, el respeto de la voluntad y autonomía de las personas cuidadas, confrontó la idea mesiánica de salvador/s que cargan l/s participantes, que se superpone muchas veces a la agencia de las personas sobre su propio proceso de vida.

Si bien durante la pandemia se exacerbaron las demandas emocionales, y en esa medida se hicieron más visibles, es importante señalar que dichas exigencias están presentes en todos los espacios de interacción de enfermería; de hecho, l/s participantes de hospitalización, ginecobstetricia e intervención a colectivos compartieron narrativas en las que dejan ver los fuertes requerimientos afectivos propios de la interacción de cuidado en dichos entornos.

### 2.3.3 Mandatos emocionales



#### ¡Código Blanco!

*En la clínica en la cual laboro se cuenta con una serie de programas a los que uno puede inscribirse y desempeñar un rol adicional al que realiza de forma directa en el área asistencial. Yo integro un equipo que responde al denominado Código Blanco. Quienes estamos en esta tarea buscamos brindar apoyo emocional a las personas cuidadas, sus familiares y al personal asistencial en general, ante situaciones que pueden ser muy exigentes de superar.*

*Recuerdo el caso de un joven de 16 años que atendíamos en la unidad. Él tenía un diagnóstico de cáncer sin opciones terapéuticas, él iba a morir. Había estado mucho tiempo en el servicio, y oncología proponía una serie de indicaciones con las que yo estaba en desacuerdo. De hecho, en una revista me tomé la palabra para cuestionar el sentido que tenía exponer a este chico a una cantidad de procedimientos dolorosos, si realmente*

*por su condición no había ya más posibilidades de intervención.*

*Busqué a la psicóloga que había atendido el caso desde el inicio cuando esta persona llegó por primera vez a la unidad, es decir, cuando le dieron el diagnóstico. Le pedí su intervención para ver si podíamos lograr un cambio en el plan de manejo.*

*Durante el diálogo el joven efectivamente afirmó que ya quería morir, sólo que le preocupaba dejar a sus padres. Mencionó que estaba agotado y que, de hecho, no deseaba estar más en la unidad. La psicóloga comprendió y pudo percibir el nivel de deterioro físico en el que se encontraba tal muchacho. Los padres escucharon toda la conversación y aunque inicialmente fue muy dolorosa esta confesión, posteriormente les ayudaría para acompañar en el proceso de despedida a su hijo.*

*Siempre, cuando sale el personal de psicología, me acerco para escuchar el resultado de la interconsulta y en ese momento vi que la psicóloga pedía llamar al médico general y ubicarse en un espacio más privado con todos nosotros. Al interior del cuarto de revista, esta mujer, que siempre se había caracterizado por mostrarse tranquila, puesta en su lugar, dando manejo a las situaciones, rompió en llanto frente a nosotros. Yo sentí que se había desdibujado ahí en nuestras caras.*

*Con gran dolor, la psicóloga reconoció que a este caso le había podido hacer un seguimiento desde el inicio del proceso y que ver el nivel de deterioro y la firmeza con la cual el joven pedía ya descansar de todo lo que representaba estar siendo atendido en una institución de alta complejidad, la había dejado abatida. Él sólo quería comer lo que deseaba, que le*

*trajeran las cosas que anhelaba de su casa y estar en un lugar que no fuera esa unidad.*

*Yo, que integro el equipo de Código Blanco, no sabía cómo reaccionar a lo que estaba viendo. Uno como enfermero como que se acostumbra a que el manejo de las emociones se lo deriva a otros, que al psicólogo, al psiquiatra, que incluso a trabajo social, pero yo estaba allí frente a una mujer, una profesional que en muchas oportunidades me había dado apoyo ante situaciones en el servicio.*

*Me acerqué y la abracé. Le agradecí por haber atendido la solicitud que le había realizado y sobre todo por estar mediando porque se cumpliera la voluntad de aquel joven. Le pasé unos pañuelos y le ofrecí un poco de agua.*

*Ella se sintió reconfortada a la vez que un poco avergonzada, como si considerara que ella en su fuero de profesional de la*

*salud mental no podía protagonizar dicho suceso. Dejó las indicaciones claras y me pidió todo el apoyo para que adelantara las gestiones necesarias y se pudiera contar con el espacio en el área de servicios paliativos.*

*Ella se retiró al baño donde lloró, luego se lavó su rostro y tomando una inhalación profunda continuó con su agenda. Yo tomé el teléfono e inicié todo el proceso que, dicho sea de paso, no era sencillo, puesto que debíamos contar con la autorización del responsable de oncología. Finalmente todo se dio y el joven ocupó una habitación diferente con vista a la ciudad, rodeado de sus pertenencias más preciadas y de su familia. Ya sin procedimientos invasivos y dolorosos, ya en la tranquilidad de saber que podía dejar a sus padres, porque ellos también habían entendido que era el momento.*

Sary, julio de 2022.



*Desde que me formé como enfermera por allá en los noventa, l/s interesad/s en los temas de salud mental siempre fuimos poc/s. Escuchaba que teníamos un tornillo flojo ya que nos gustaba atender loc/s. Al llegar a la experiencia docente, soñé con promover espacios de cuidado enmarcados en la salud mental, atendiendo con detalle y amoroso cobijo la interacción con l/s jóvenes. Cuál sería mi sorpresa al escuchar que Sary, además de laborar en el área de pediatría pertenecía al equipo de primeros auxilios emocionales. Yo estaba tan feliz, pensaba que al menos se iba quitando el estigma... No sabría si es correcto ubicar este gesto en el campo de la salud mental, sí me pareció importante el poco valor que aún le damos a relatarnos, siendo la comunicación empática un ejercicio de iniciación para la creación de comunidades afectivas. Creo que el gran valor de lo hecho por Sary fue atreverse a fluir en la experiencia biográfica y comunicacional. Diario de campo entrevista con Sary, julio de 2022.*



La escucha de los relatos de l/s participantes me permitió percibir una serie de planteamientos respecto de las emociones que se hallaban profundamente insertos en el ideario de la enfermería, y claramente permeaban el actuar de sus integrantes. La mayoría de estas posturas fueron heredadas de generación en generación, sin proponer mayores cuestionamientos o transformaciones. Dichos mandatos, de naturaleza imperativa, ordenaban rechazo y control de los afectos, además de insistir en la necesidad de mantener un apego estricto al cumplimiento de protocolos de actuación asistencial, cuyo carácter preferente es el distanciamiento emocional. El escenario biográfico que movilizó la gran mayoría de estos imaginarios fue justamente la atención al final de la vida, donde el rechazo a la muerte y el silenciamiento emocional fueron la imposición expresada por l/s profesionales.

Para la mayoría de l/s participantes, la enfermería es una profesión que vela por la defensa de la vida y está centrada en una lucha a ultranza contra la muerte. Aunque sólo un/s poc/s enfermer/s indicaron que recibieron algún tipo de formación respecto al manejo de situaciones de pérdida y duelo, no es común que se considere necesario darle un lugar a la emocionalidad de l/s enfermer/s que enfrentan pérdidas en los servicios. Pareciera que existe una naturalización implícita de la muerte, como fenómeno que, al ser frecuente en ciertos escenarios de atención de enfermería, debe ser asumido bajo el mandato de no movilizar mayores confrontaciones afectivas. No obstante, los relatos mostraron la gran aflicción, preocupación, angustia, tristeza y culpa que las pérdidas de personas cuidadas ocasionaron. En palabras de Kairós:

Yo salgo de los lugares donde alguien ha fallecido, eso me muy pone mal, yo siento que no comprendo aun por qué sucede y además me pongo a llorar y creo que eso puede ser visto como una muestra de vulnerabilidad, de cierta debilidad.

La fuerza del mandato negacionista de las emociones llevó a que algun/s profesionales, en medio de situaciones de alta exigencia afectiva, terminaran por subvalorar su propia unicidad visible en patrones de manifestación físicas, anímicas y espirituales como fatiga, miedo, desinterés, tristeza y desesperanza. Para much/s, dicha negación les permitió, en apariencia, tener una menor afectación emocional y mayor

control de los eventos, además de permitirles encarnar estereotipos de mártires y súper héroes, bajo la creencia social de que l/s profesionales enfermer/s deben deponer su propio sentir a expensas de cuidar la vida y emociones de otr/s.

L/s enfermer/s temen manifestar abiertamente sus afectos. El estigma que se percibe social y profesionalmente alrededor de la emotividad l/s llevó a reprimirse, tanto entre pares como con las personas cuidadas y sus familias. Llorar es tan sancionado como sentir enojo y demostrar indignación; algun/s participantes que se permitieron visibilizar sus afectos fueron tildad/s de frágiles, vulnerables y poco resilientes, e incluso llegaron a ser despedid/s de sus empleos. Bajo este marco, buscar ayuda a través de la intervención de profesionales del campo de la salud mental sigue siendo un recurso rechazado, para la gran mayoría de l/s enfermer/s este tipo de consultas produce vergüenza, de forma que prefieren evitar la solicitud de ayuda y mantener su nivel de autosuficiencia. El relato de Azul así lo indica:

Yo soy muy prevenida con decir mis cosas, me guardo todo lo que me sucede tanto en el trabajo como en mi casa. Si algo aprendí de mi mamá fue a no molestar a nadie con mis cosas, porque finalmente nadie se ocupa de lo que uno siente, entonces yo busco mejor cómo resolver todo lo que me pasa.

Atender las emociones propias y de otr/s en ambientes asistenciales demanda tiempo, espacios de interacción prolongada, significativa y una mirada unitaria sobre el ser. Paradójicamente, l/s participantes reconocieron que el eficientismo y los marcos institucionales de productividad fomentan procesos de atención ágiles, distantes, poco empáticos y débiles en la creación de vínculos afectivos. El involucramiento es sancionado bajo la idea de que l/s profesionales que se detienen sobre la persona y su unicidad son menos eficientes y su labor es cuestionable, llegando incluso a ser tachad/s de mal/s enfermer/s, lo que deriva en relacionamientos breves de naturaleza informativa. L/s participantes manifestaron que esta estrategia les permitió eludir cualquier tipo de emergencia emocional que l/s pudiera afectar y cumplir con el perfil de rendimiento exigido.

El mandato de eficientismo y limitación en la interacción emocional redujo los procesos de atención a la consideración de números, cifras e indicadores, sin tener en

cuenta la historia de vida que los contextualiza. La instalación de este tipo de prácticas consolida una cultura institucional donde prima la búsqueda de aceptación por parte del equipo asistencial y la evitación de confrontaciones a los mandatos establecidos, a costa de una suerte de rutinización o actuar mecanizado que superpone la eficiencia sobre la humanización del acto de cuidado.

Otro de los preceptos que igualmente restringieron y encasillaron la expresión emocional tuvo que ver con la asociación del liderazgo de enfermería con prácticas de poder mediadas por ejercicios de imposición. A l/s participantes que fungieron en roles de coordinación, también llamad/s líderes de servicio, les fue exigido por parte de la institución la exhibición de un afecto tranquilo y apacible, acompañado simultáneamente de un carácter firme, que indujera el logro del cumplimiento de los mandatos de productividad e indiferencia afectiva por parte del personal bajo su orientación. Este tipo de liderazgo generó apatía, enojo y, en general, derivó en sufrimiento y malestar afectivo para l/s participantes, encontrando con frecuencia desconfianza ante la instrumentalización laboral que experimentaron. La evocación de Lola señala al respecto:

Yo pienso en el trabajo ideal, en el que se preocupe uno por todas las personas.

Una preocupación real por si alguien está enfermo o triste o ha tenido una pérdida, y no sea sólo exigir y exigir para que se cumpla con las tareas, como l/s coordinadores hacen con uno.

Estos hallazgos develaron una fuerte instalación de preceptos emocionales centrados principalmente en la visión biofisiológica de las emociones, vistas como una reacción corporal en respuesta a estímulos percibidos como riesgosos. En esta línea de pensamiento, la vivencia afectiva se encontró desestabilizante frente a los ejercicios de cuidado, razón por la cual los mandatos de rechazo y coacción emocional continúan teniendo vigencia entre l/s participantes.

### 2.3.4 Interacción emocional



#### Usted es como mi segunda mamá

*En una oportunidad, estando en mi lugar de trabajo, encontré a un joven de 33 años que había quedado parapléjico por un accidente en moto. Él afirmaba que no quería continuar viviendo y, ante la presencia del personal de enfermería, prefería cubrirse la cabeza y rechazar los cuidados.*

*Durante dos meses lo visité todos los días, me encargué de bañarlo y acicalarlo, casi como si fuera mi hijo. Él estaba muy enojado, en principio porque*

*el accidente había sido por culpa de estar alicolorado. También la atención que había recibido hasta el momento era muy negligente, su condición de base era delicada, pero las situaciones adicionales habían sucedido por descuido asistencial.*

*Comencé a llevarle cafecito todos los días, le dejaba un termito que recogía cada noche. Logré que le hicieran todas las cirugías que necesitaba, tramité las autorizaciones y en medio de todo aquello, conocí a su familia, con quienes establecí una relación muy cercana.*

*Cuando le dieron el alta, lo visité cada ocho días porque él vivía en una zona rural del municipio de Calima Darién, donde tenía poco acceso a los servicios de salud. Continué pendiente de toda su recuperación haciéndole visitas domiciliarias durante los fines de semana. Incluso una vez que se enfermó fue a verlo conmigo un médico del hospital. Me ayudaron mucho con todo el proceso de recuperación.*

*Recuerdo que para su cumpleaños lo visité con mi hijo. Él quería navegar el Lago Calima, porque siendo del sector nunca antes lo había hecho, así que le cumplimos su sueño. Lo llevamos en su silla de ruedas, con su novia y su familia y navegamos juntos para celebrar la vida. Cada tanto recibo una llamada de él diciéndome: madre, madre, hace tiempo sin saber de ti, cómo estás, madre te extraño.*

Energizer, julio de 2022.



*Por los días en que entrevisté a Energizer leía un libro que hablaba sobre personas que desplazaban el centro emocional de sí mism/s hacia otr/s como parte de la comprensión*

*y los procesos sanadores en salud mental a nivel colectivo. Para ser honesta, creo que es fácil considerar que las emociones propias están por encima, de hecho suele pasar que un/ cree que su dolor es incluso mayor que el del resto de las personas en condiciones similares, así que veía con ojos de recelo tal propuesta...*

*No obstante, al escuchar a esta mujer hablar de su biografía en la que había vivido rechazo, abandono materno, trato abusivo del padre, el esposo y maternidad durante la adolescencia, yo pensaba ¿cómo no ha desarrollado alguna condición o al menos algún gesto sugestivo de eso que llaman sufrimiento emocional? Quizás Energizer era la encarnación de lo que había leído en el texto; ella había logrado desplazar el centro emocional de su propia adversidad y enfocarse en l/s otr/s, llegando a comprenderl/s; logrando eventualmente transitar de una manera compasiva su propia vivencia, sin desconocer a las personas de su entorno. Ella es el ejemplo vivo de que el dolor enquistado, avivado, revuelto y engreído sólo nos aleja de l/s otr/s. En cambio, su sensibilidad como deriva de lo adverso, la hizo cálida, cercana y honesta como pocas.*

Diario de campo entrevista con Energizer, julio de 2022.



Durante el estudio exploratorio se mencionó como aspecto clave en el marco del desarrollo de la investigación la relevancia de comprender qué es lo que sucede en el entre nos del cuidado que implica a profesionales enfermer/s y personas cuidadas. Al detenernos sobre esta reflexión, l/s participantes reconocieron en sus historias que no todas las interacciones permitieron el tejido de un entre nos significativo, aunque se presentaran procesos de cuidado altamente satisfactorios.

Para la gran mayoría de l/s enfermer/s no existió una condición específica que definiera tal construcción relacional emocional, consideraron que surgió de manera espontánea, manifestándose a partir de momentos reposados de interacción en los que la conversación privilegió intercambios sobre aspectos de la vida cotidiana de las personas. Dialogar sobre el fútbol, las telenovelas y en general sobre la propia historia biográfica de profesionales y personas cuidadas redundó en una progresiva consolidación del vínculo.

La interacción emocional que medió la aparición del entre nos, incluyó el buen humor tanto como la competencia científica, el desempeño clínico eficaz y la gestión administrativa, sin proponer tensión alguna entre lo relacional y lo procedimental, dado que lo que sucedió no fue dicotómico sino de naturaleza unitaria, permitiendo la expresión tanto de la felicidad, emoción ante la recuperación, como también de la tristeza cuando acontecieron deterioros y pérdidas. Para la gran mayoría de l/s participantes, la emergencia del entre nos, si bien fue un evento real dada su profunda conexión con lo afectivo, simbólico e interactivo, fue vivido como una experiencia etérea, casi intangible. Esta vivencia en particular, l/s convocó hacia la generación de acciones de cuidado innovadoras y creativas capaces de contrarrestar las limitaciones que suelen imponer los modelos clásicos asistenciales, caracterizados por un relacionamiento lineal protocolizado.

L/s profesionales compartieron diversidad de historias en las que fue posible visibilizar la interacción relacional, principalmente durante procesos de hospitalización prolongada y recurrente, así como también ante el requerimiento de servicios especiales de atención, como los brindados en las unidades de cuidado intensivo y las áreas de oncología. Conocer la biografía, no la historia clínica, lleva a que se creen interacciones emocionales significativas de compasión, interés, alegría y ternura, entre otros afectos referidos. La inclusión de vivencias de alto valor emocional dentro de los procesos de cuidado, tales como una merienda compartida, escucha conjunta de una canción o un video, o la realización de celebraciones reconocidas en el calendario y la cultura propias del lugar, tales como la navidad, el día de las madres, de los padres, los cumpleaños, entre otras, favoreció el aprendizaje mutuo y una interacción en la que afectos y saberes coexistieron sin lugar a tensión.

Ante el fenómeno de hospitalización frecuente, l/s participantes relataron que sintieron como si conocieran de manera cercana a las personas cuidadas; incluso, algun/s vivieron experiencias de actualización emocional, hallando similitudes entre ést/s y sus familiares y/o situaciones biográficas personales, hecho que favoreció una relación cercana y empática. Lola recuerda con particular alegría y afecto al Sr. F, de quien señala:

Él llegaba siempre para sus ciclos de quimioterapia y terminaba con valores muy bajos en sus defensas por lo que debía quedarse algunos días más hospitalizado.

Siempre, pese a encontrarse con dichos valores paraclínicos, él se sentaba bañado, vestido y sonriente, a esperar la revista médica para pedir su salida. Una vez le pregunté ¿qué es lo que le preocupa para querer volver a casa tan rápido? El Sr. F, que se parecía a su difunto padre, le dijo sonriendo: se trata de mi yegua, señorita Lola, no me gusta dejarla sola porque no tengo quien la cuide y temo que se pierda.

Las unidades de cuidado intensivo y servicios de oncología son, según l/s enfermer/s, ambientes que generan gran extrañeza en las personas cuidadas y sus familiares, con horarios de visita restringidos, alarmas de máquinas desconocidas, aromas que pueden ser desagradables, bajas temperaturas e informaciones breves, por lo regular poco comprensibles. En este contexto mencionaron que recurrir a procesos educativos formales no mejoró de manera significativa la interacción ni consolidó el vínculo de confianza, y al contrario, aparecieron de forma consistente emociones de miedo, angustia y frustración en las personas cuidadas y sus familias. En l/s profesional/s, por su parte, emergieron sentimientos de apatía y rechazo en respuesta a lo percibido durante el cuidado. Algun/s participantes comentaron que para el logro de una interacción emocional significativa en este tipo de ambientes suele ser favorecedor usar las propias historias y experiencias biográficas para tener diálogos compasivos y amorosos con las personas cuidadas y sus familias, desmitificando las ideas de rechazo hacia este tipo de vinculaciones que pueden consolidar un entre nos significativo.

En la actualidad, las dinámicas relacionales tienen apertura para la vivencia de ejercicios espirituales desde una acción respetuosa, flexible, diversa e incluyente, en donde caben todo tipo de manifestaciones: oración, meditación, uso de la herbolaria y saberes ancestrales, entre otras opciones que aparecieron en los relatos. L/s participantes narraron que la máxima de salvar vidas, impuesta eventualmente como un yugo mesiánico, adquirió una complejidad diferente bajo el marco de las interacciones emocionales, puesto que les permitió en algunas situaciones específicas comprender que salvar una vida pasa no sólo por un ejercicio de naturaleza biofisiológica, sino que

también es una vivencia de orden unitario y simbólico en la que toma un lugar angular el cobijo espiritual. En palabras de Axel:

A uno le cambia todo cuando entiende que esa persona que está ahí, que es un paciente, es el amor de la vida de alguien... Entonces pues uno la da toda y se vuelve algo que incluye además de todo, lo emocional y lo espiritual.

De esta manera, el entre nos deriva de procesos significativos de interacción emocional y, así, pasa por el permiso de ser y estar en el acto cuidativo que se dieron l/s profesionales, no solo como enfermer/s, sino en toda su humanidad, desprovist/s de todo tipo de distancias, lo que hizo posible que aquello que parece tan etéreo resultara ser una experiencia de alegría y satisfacción.

## **2.4 Metáforas de las emociones y el cuidado**

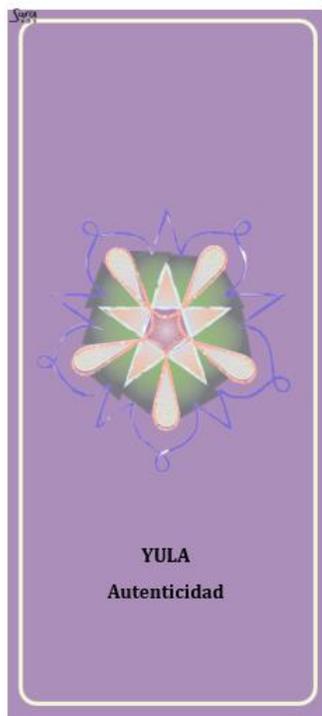
La reproducción intergeneracional de pensamientos morales, consejos o enseñanzas, comúnmente está contenida en refranes que actúan principalmente mediante una forma metafórica y simbólica en la interacción social. Su enraizamiento profundo se hizo presente en las conversaciones que sostuve con l/s participantes, quienes emplearon de forma importante este tipo de recursos para nombrar y dar sentido a sus formas de entender y hacer en el intercambio que se produce en las prácticas de cuidado.

La palabra metáfora proviene del griego *metaphorá* que significa traslado o desplazamiento; esta figura se ha empleado tanto en la literatura como en la lingüística. Los primeros usos dentro de la teoría literaria fueron atribuidos a Aristóteles, que la utilizó como tropo literario o recurso estético mediador entre dos términos, produciendo una cierta tensión en un poema. Dicho enfoque es considerado fundamental para la comprensión del discurso narrativo, desde las miradas fenomenológicas y hermenéuticas (Aristóteles, trad. en 2003). El uso de la metáfora en la lingüística se refiere al sentido de similitud y comparación, asumiéndose como un tipo de analogía entre palabras y/o expresiones que comparten aspectos comunes del significado en aras de lograr algún nivel de sustitución. Desde la teoría narrativa Ricoeuriana, la metáfora vehicula el sentido

en sí mismo de lo que quiere transmitirse, haciendo posible su comprensión a través de la puesta en contexto del relato mismo (Ricoeur, 2001).

Durante las entrevistas, el abordaje biográfico emocional se enriqueció en multiplicidad de ocasiones por el uso del lenguaje metafórico a través de tres tipos de expresiones. Un primer grupo se centró alrededor de la *encarnación de las emociones* como una manera de darle un lugar en la estructura corporal a las experiencias de dolor y sufrimiento principalmente. El segundo grupo de metáforas alude a la *negociación afectiva*, develando las formas en las que l/s profesionales deciden tramitar sucesos biográficos adversos de alta exigencia emocional en su diario cotidiano. Finalmente, el tercer grupo de expresiones advierte la sanción social sobre los afectos, dando lugar a una compilación que he denominado *estigmatización emocional*. Las metáforas son consonantes con las descripciones previas, dejando ver de forma importante la influencia de los mandatos emocionales de negacionismo, rechazo y coacción afectiva.

#### 2.4.1 Encarnación emocional



**Pues tráguese ese sapo**

*Ah, bueno, lo que pasa es que la formación que yo tuve fue en dos vías, ¿no? la vía clínica y la vía comunitaria, pero yo me tiré a la vía comunitaria. O sea, yo decía: si mi objetivo es graduarme como enfermera, pues tráguese ese sapo y haga lo clínico, pero los docentes hombres y mujeres que tuve en el campo de la salud comunitaria eran espectaculares. Le enseñaban a uno muchísimo acerca de la comunidad, de los colectivos, que ahora le cambiaron el nombre, pero yo creo que esos referentes fue los que hicieron también que yo le cogiera amor al tema comunitario, aparte de lo que traía de la casa.*

*Yo sentía cuando a nosotros nos formaron que en la clínica usted no se debe encariñar del paciente para no sufrir. Porque finalmente son personas que usted ya trata, que tienen una*

*enfermedad y que usted no sabe cuál va a ser su desenlace.*

*Sí, entonces eso fue lo que nos enseñaron, pero en lo comunitario no, en lo comunitario es el disfrute, en lo comunitario es como convivir con la otra persona. En lo comunitario es tratar de que las personas comprendan y entiendan cuáles son esos hábitos que les pueden causar algún tipo de daño más adelante. En lo comunitario uno puede construir conjuntamente con la gente, entonces esa visión es totalmente diferente, o sea, yo desde que entré a enfermería, yo me enamoré del tema comunitario.*

*Yo sabía que a mí me tocaba pasar por esas clínicas, horrible, o sea, cuando a mí me tocó, medicina interna, que pa' mí fue fatal esa rotación. Medicina interna, salud mental, y eso que salud mental me*

*tocó bien porque me tocó allá en esa clínica de Dapa, no me tocó en el psiquiátrico, pero de todas maneras es muy triste ver la condición de las personas. Entonces para mí la clínica no, pero lo comunitario yo comencé a ver que... bueno, nosotros podíamos ir a los hogares de bienestar familiar, que podíamos ir a las escuelas, que no era solamente dentro de una institución de salud, sino que escuelas, colegios, usted podía ir a una junta de acción comunal, que usted podía ir a un barrio, o sea, eso era espectacular. Y entrar a las casas y sentarse y conversar con la gente y preguntarle a la gente y poder construir con ellas, entonces para mí la formación aquí en la parte de comunidad me sirvió mucho para lo que yo soy ahora, pero lo clínico era como castrante.*

*Yula, marzo de 2022.*



*Recuerdo que ubicar una persona del área de cuidado en colectivos fue bastante complicado. Intenté ponerme en contacto con muchas personas referenciadas por otr/s participantes, pero todo había sido fallido. Al conocer a Yula sentí una profunda resonancia con su forma de ver la vida y la enfermería. Ella llevaba el Pacífico en sus venas, lo ancestral, lo cultural y una aguda mirada sobre el quehacer ético de la enfermería. Sus cuestionamientos se extendían desde la academia, espacio que criticó duramente por las dinámicas de competencia e individualismo, pasando por las secretarías y las instituciones prestadoras de salud. Para Yula era claro que había que enterrar sus emociones, sus verdaderos afectos y cuestionamientos si quería lograr convertirse en enfermera comunitaria y desde su rol en los colectivos controvertir, hacer veeduría, sentir genuinamente y ayudar... Diario de campo entrevista con Yula, marzo de 2022.*



Encontrar un lugar para las emociones en medio de la hegemonía de los enfoques racionalistas ha llevado a que la gran mayoría de l/s participantes recurran a una encarnación afectiva que asocia de forma importante la emocionalidad con partes específicas de la estructura corpórea. Las emociones fueron vinculadas con la cabeza, lugar donde reposan la mente y las ideas; el pecho, espacio que contiene al corazón; el abdomen, que alberga al estómago el cual se llena de mariposas cuando se está enamorado o se retuerce ante el sufrimiento; y la espalda como el centro corporal en el que se cargan las situaciones que pesan o se llevan los aspectos que no se reconocen y por eso se prefiere dejarlos atrás, justo en la parte posterior del cuerpo.

Fue interesante percibir que la encarnación emocional acompañó los relatos de aquell/s participantes cuyas narrativas fueron más vehementes en relación con la perspectiva biofisiológica de las emociones. Palpitaciones, sudoración, frialdad, temblor, acidez, desvanecimiento, mareo, náuseas, entre otros síntomas, hicieron parte de la miscelánea que vinculó situaciones biográficas de sufrimiento, dolor emocional, tristeza, enojo y angustia, con referentes físicos cuantificables, dejando ver que para algun/s encarnar las emociones es una muestra de ser sobrecogid/s y de cierta manera superad/s por las mismas. Quizás la auto referenciación corporalizada de las emociones es una manera de tensionar eso que ocurre, pero que hace parte de ese entre nos de las prácticas de cuidado que aún está en ciernes en la enfermería.

La evocación que compartieron Chucho, Sary y Nena puede permitirnos visibilizar la emergencia de este tipo de metáforas en los relatos:

El 7 de agosto se hizo una tranca terrible al frente del hospital, el chisme decía que un bus había atropellado a una muchacha. Yo salí a almorzar y decidí pasar a ver qué era el bochinche y me enteré que la chica con la que estaba saliendo había sido la víctima y yo... ¡uff! eso fue para mí **tremendo puñaladón en el alma**.  
Chucho, junio 2022.

Una vez tuvimos el caso de una auxiliar de enfermería que tuvo su hijo hospitalizado en la unidad donde ella trabajaba, allí mismo, con todos nosotros sus compañeros. Yo sentía mucho dolor por la situación de ella y de su hijo y mucha

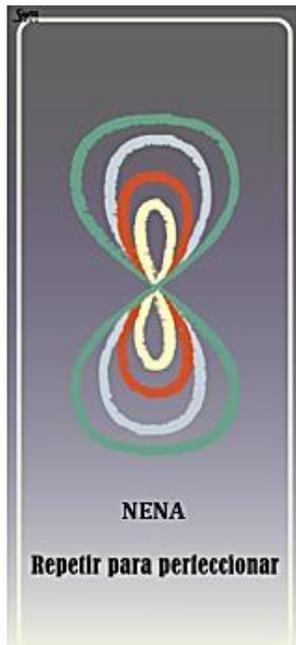
presión de que no fuera a pasar nada malo con ese niño mientras yo estaba de turno. Nosotros que habíamos organizado el baby shower, que habíamos vivido la espera, la ilusión, todo con la mamá. ¡No! **Todo eso me partió el corazón.** Sary, julio 2022.

En el lugar de donde me pensioné, uno como enfermera podía ser ubicado en cualquier servicio. Yo sólo le pedía a Dios que no me pusieran en lugares con altas tasas de infección. La salud y la vida de mi hijo estaban de por medio. Todos los días yo llegaba y afuera de la casa me cambiaba, entraba directo al baño para no ir a llevar ninguna cosa a la casa. Ese sufrimiento era una constante, hasta que me presenté al concurso y me pasaron a un área totalmente diferente, era salud mental y yo ahí sentí literalmente como **si me hubieran quitado un peso de encima de la espalda.** Nena, mayo 2022.

En cada apartado la emoción de sorpresa, sufrimiento, tristeza, angustia y desesperanza orbitó fuera de la unicidad del ser. Tal desarticulación llevó entonces a que, a través del recurso metafórico, l/s participantes, encontraran la manera de dar un lugar dentro de su humanidad al patrón singular de su manifestación afectiva.

Encarnar las emociones permitió a l/s participantes expresar o representar ese intangible o invisible de manera palpable o referenciable para otr/s a partir de su corporalización. Cuando hablamos de encarnar las emociones, nos referimos a externalizarlas de alguna manera, ya sea a través de expresiones faciales, gestos corporales o recurrencias simbólicas a ciertas partes del cuerpo. De esta forma podemos generar una comunicación efectiva que permite a l/s demás comprender y conectar con nuestros sentimientos, incluso en aquellos casos en que las cargas emocionales son difíciles de expresar con palabras.

## 2.4.2 Negociación emocional



### Hay que ponerse en los zapatos del otro

*A mí me decían que yo era revuelo porque me andaba toda esa clínica buscando que se le pudieran resolver las cosas de salud a las mamás con sus hijitos enfermos. En esa época había*

*muchas restricciones y el trato era como distante. Entonces yo me buscaba la forma y pasaba más tiempo con esas mamás, tenía momentos de educación, les compartía de mis propios saberes porque con la situación de mi hijo yo había tenido que ir aprendiendo muchas cosas por mi propia cuenta. Quizá era eso, verme a mí misma en los ojos de esas madres que, seguramente al igual que yo, no querían perder a sus hijos y tampoco que nada les pasara a ellas para poder estar al lado de sus niños y verlos crecer. Por eso cada vez que podía las ayudaba quizá un poco más de lo que decían las formas de atención básicas, porque yo sabía que necesitaban más. No me cansaba de repetir aquello que se había vuelto como un ritual para mí, la atención cariñosa a esas madres y sus chiquitos, quizá porque yo podía ponerme en sus zapatos y tratar de ayudar a resolver algo de su angustia.*

Nena, mayo de 2022.



*Yo no sé si es posible eso de ponerse en los zapatos del otr/. Yo siempre he creído que es imposible. Ninguna situación puede calzarle igual a las personas, por la singularidad misma de cada ser. Quizá de lo que está hablando Nena es de la posibilidad de desconcentrar la mirada de las propias emociones y tener empatía con el sentir de otras personas, dándoles un lugar igual en medio de interacciones horizontales en los colectivos asistenciales. Quizá ella desde su propia biografía encuentre la fuerza y motivación para construir comunidades emocionales. Diario de campo, entrevista con Nena, mayo de 2022.*



La negociación emocional como manera de tramitar las emociones da cuenta, a diferencia de la vivencia de encarnación, de que los afectos están presentes dentro de la unicidad misma de las personas, pero además en el entre nos que se produce en la práctica de cuidado. Para l/s participantes dicha negociación pasó en la mayoría de los casos por una mediación entre la vivencia biográfica de alta exigencia emocional y los imaginarios sociales de control afectivo esperables para las personas en general y para l/s profesionales enfermer/s en particular.

Tanto a nivel de las trayectorias de vida personal como profesional, l/s enfermer/s dejaron ver en sus historias las múltiples demandas del entorno por el desarrollo de conductas asociadas al manejo efectivo y la inteligencia emocional. De cierta manera, dichas imposiciones están altamente permeadas por el logro de una serie de parámetros productivos, que se consideran necesarios para hacer parte del *statu quo* de la sociedad. En este sentido, el éxito en la vida personal, de pareja, familiar y laboral requiere del mantenimiento de una fuerte modulación afectiva que no es equiparable con la reflexión emocional. Se trata más bien de exhibir una aparente fortaleza emocional a expensas de la promoción de consignas de vida resilientes, aunadas a posturas de sometimiento al destino y/o a la providencia divina:

Yo soy una mujer muy creyente, siempre he considerado que todo lo que pasa está mediado por Dios. Cuando enfermó y falleció mi hija pues no fue la excepción, era algo que estaba en los planes de Dios y así como él me regaló una hija tan bella, él mismo consideró que ya debía irse de este plano. Mi consuelo es que sé que está en un mejor lugar y espero que en lo que suceda a futuro, **que sea lo que Dios quiera para conmigo**. Energizer, agosto 2022.

Fue llamativo percibir que el eficientismo estaba presente no sólo en la vida profesional, sino además y de forma muy importante en las dinámicas afectivas personales, en donde l/s participantes sentían que eran llamad/s a enfrentar todas las situaciones adversas de la vida, aun cuando aquello implicara de cierta manera congelar la emoción en aras de demostrar socialmente una supuesta neutralidad afectiva,

manteniendo de paso una serie de formas que se han instalado como maneras asertivas de afrontamiento emocional.

La pervivencia de los mandatos de negación y coacción afectiva se extendió al ámbito profesional, en donde medió la aparición de comportamientos distantes y evasivos hacia la experiencia de implicación relacional con las personas cuidadas y sus familias principalmente. De hecho, se cree que la construcción de un apropiado juicio clínico pasa por la limitación de la experiencia emocional durante el acto de cuidado. En palabras de Chucho, Lupita y Axel, los afectos mejor tenerlos de lejos:

Nunca se me olvidará el sabio consejo que me dio el Doctor que coordinaba el servicio de oncología. Él me dijo: “Venga Chuchito para acá y le digo algo que no se le puede olvidar. Aquí **hay que ser de piedra**, porque la gente que nosotros atendemos está muy enferma y muchos se van a morir y si usted se apega a ellos y se encariña mucho de ellos, pues muere loco, o sea, si uno les da más lo pueden lesionar, entonces pues toca aguantar porque otros con menos **han ido a parar a un psiquiátrico**”. Chucho, junio 2022.

Cuando uno está atendiendo en servicios de SOAT [Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito], eso es una locura. Allí todo es como apagando incendios, hay siempre un elevado volumen de personas y llegan cada vez más heridos a los que se les suman los adultos mayores que ingresan con sus cuadros todos descompensados. Falleció una vez durante uno de mis turnos un señor. Eso me dio re duro porque yo me quedé pensando todo el tiempo si había tenido algún nivel de responsabilidad en ese desenlace. Mantuve contacto constante con las personas, averiguando en cada turno qué se sabía de las causas del deceso, fue tal mi angustia que hubo un momento en que pensé: no puedo seguir así, **no puedo llevarme los pacientes a mi casa**, esto me está dañando... Lupita, octubre 2022.

Durante la pandemia yo escuchaba todo el tiempo que **Dios le da sus mejores batallas a sus guerreros más fuertes**. Así que yo me convencí de que así era y seguí dándole y dándole a la atención de los pacientes. Eso era muy fuerte, agotador, pero uno se cree eso de que todo lo puede, casi como un súper héroe y así pues van pasando las cosas de la vida, tanto en la casa como en el trabajo.

Axel, diciembre 2022.

Nuevamente, la emergencia de emociones como frustración, impotencia, tristeza, angustia, desesperanza, indignación, entre otras, está condicionada por el imperativo de cumplimiento de roles socialmente impuestos de ecuanimidad emocional, tal que es necesario que l/s profesionales enfermer/s no se manifiesten conmovid/s ante las situaciones de cuidado que deben asumir y para ello hagan uso de expresiones metafóricas que refuerzan dichos condicionamientos.

### 2.4.3 Estigmatización emocional



#### Todo esto es un ataque a la salud mental

*Yo creo que la experiencia de participar en esta investigación fue una experiencia válida, yo creo que la necesitaba [risas], me la mandaron, porque nunca esperé, me liberé, mire el cambio de al principio conmigo [a] ahora, porque yo dije: “no es que no se pueda llorar”, no, pero ahora esa emocionalidad a flor de piel, ahora ya no la tengo y sí necesitaba como soltar y yo no le cuento nada de esto a nadie. De hecho, en la casa nunca se podía hablar de eso, “¡ay no, no traiga problemas, eso es de allá, eso es de allá! ya está acá”, y mi hijo igual maneja lo mismo y me dice “¡ay no, mamá, lo de allá lo deja allá, ya estamos aquí! aquí y ahora”, y uno no tiene con quién hablar del trabajo y pues sí, hablar de todo y de tantas situaciones,*

*pero pues como que a alguien se le tenía que contar, entonces pues a mí me parece que ha sido una buena experiencia de apertura, yo no soy tan abierta para hablar de mis cosas y ha servido, ha servido como que recordar y saber que no se ha hecho todo tan mal.*

*Ahorita sé que no lo he hecho todo tan mal por el simple hecho del compromiso que se adquiere y la responsabilidad. Y eso sí tengo yo, responsabilidad. Entonces a mí esto me pareció genial, yo lo necesitaba.*

Azul, mayo de 2023.



*Pasaba por días de angustia e inquietud. Volvía a sentir que el tiempo no alcanzaría.*

*Quería entregar mi tesis en los períodos estipulados y tener con esto la opción de recibir una mención meritoria... Por las fechas de aquellas elucubraciones me encontré con Azul. Su rostro estaba sonriente, ya no andaba a la carrera, lucía una plenitud que no tenía al inicio de nuestros encuentros. Ella decía que la investigación le había permitido dialogar con alguien, de sus dolores y cosas, porque de cierta manera sancionaba sus emociones y las dejaba guardadas. Frente a ese comentario sentí que el tiempo narrativo no necesariamente coincide con los cronogramas establecidos por los formatos clásicos evaluativos. Poco a poco todo iba teniendo sentido, y las aspiraciones de terminar “a tiempo” se diluyeron cuando el acto de cuidado emergió ante mis ojos tal y como lo plantea el método. Así pude entender eso que llaman la dupla investigar-cuidar. Diario de Campo, entrevista con Azul, mayo de 2023.*



El concepto de estigmatización se relaciona con la atribución de un rasgo o característica específica a una persona o población, que suele ser discriminada en razón de tal atributo (RAE, 2022). Dicho fenómeno ha estado históricamente ligado al mundo emocional, respecto al cual la ciencia moderna decidió establecer una postura de distancia y rechazo, evidente en los imperativos de coacción y negacionismo afectivo a los cuales he hecho alusión en los apartados anteriores.

La estigmatización presente en las metáforas de los participantes da cuenta del fuerte rechazo frente a la posibilidad de asumirse a sí mism/s como sujetos afectivos con posibilidad de conmoverse, así como también de requerir ayuda y soporte ante situaciones biográficas de alta exigencia emocional. Esta suerte de desconocimiento hizo

que l/s profesionales permanecieran articulad/s al cumplimiento de sus actividades personales y profesionales cotidianas, en la creencia de que prestar atención a las emociones puede ocasionar una desestabilización de la funcionalidad y el pragmatismo con los que manejan su realidad afectiva. L/s enfermer/s dejaron ver en sus narrativas que dar un lugar a las emociones en sus vidas personales y profesionales tiene el costo de reconocer situaciones dolorosas y angustiantes con las cuales, consideran, es difícil tramitar sus responsabilidades de la vida cotidiana.

Esto refieren Nena, Sary y Kairós:

Yo creo que nosotros, los enfermeros que tenemos que asumir la enfermedad y la muerte de las personas, nos cargamos de todo eso, pero no nos gusta aceptarlo.

O sea, uno cree que los que necesitan psicólogos y psiquiatras son los otros, que uno no, porque **eso es pa' gente loca**. Por eso yo creo que somos de los grupos profesionales a los que más les cuesta reconocer la necesidad de atención emocional. Eso lo pude ver yo justamente por mi labor en el área. Nena, julio 2022.

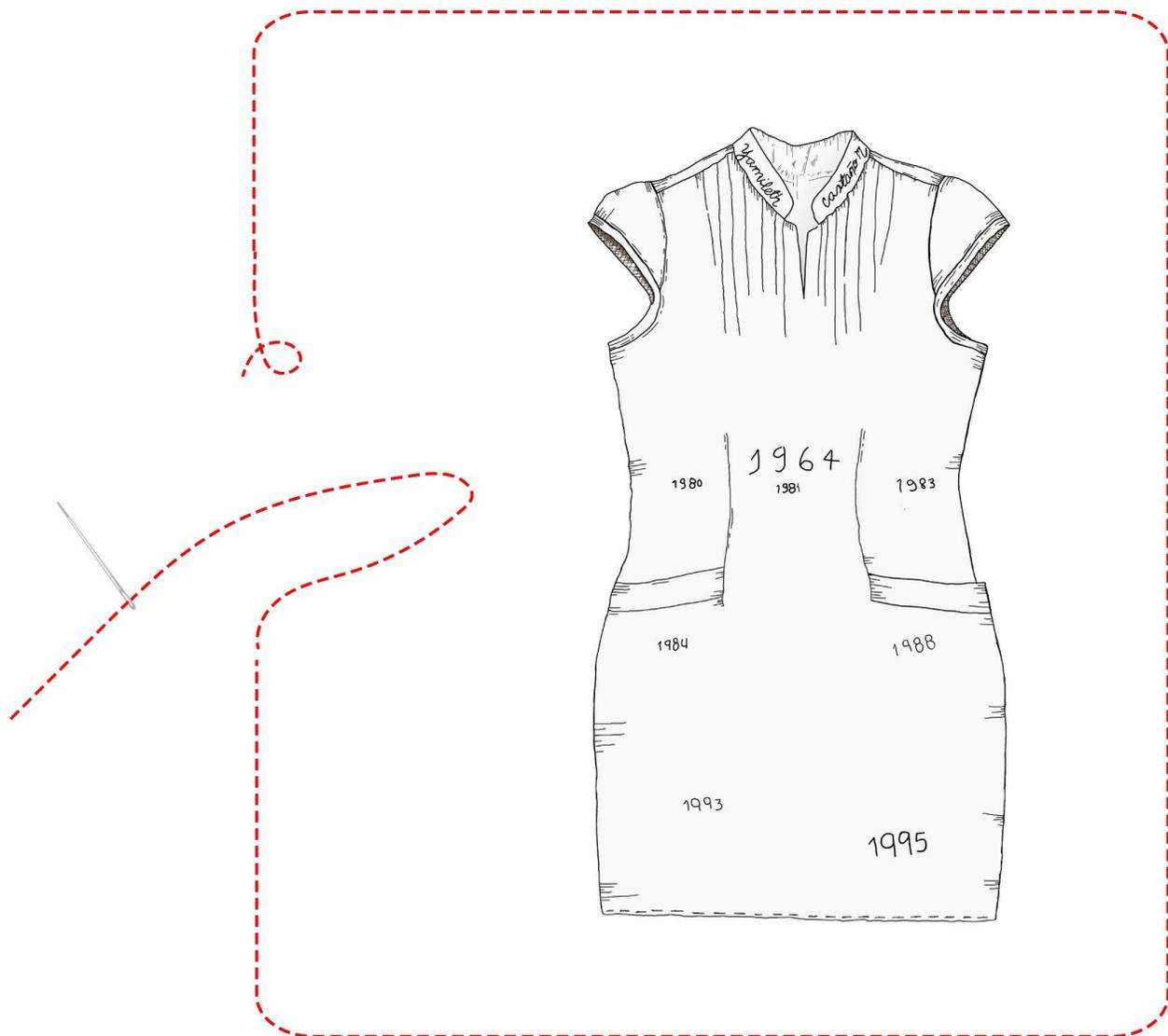
La empatía, eso de sentir las emociones, es **algo como de doble filo**. Porque por un lado, sí es muy bueno porque uno está más cercano a la persona que cuida, a sus familiares, pero al conocerlos más de cerca uno también les empieza a tener cariño, y entonces ahí aparece el otro lado y es que uno con la empatía también le duele la situación de las personas y queda uno como muy alterado. Kairós, diciembre 2022.

Cuando fallece un niño no todo el mundo decide ingresar al cubículo, porque la gente... digo, el personal, pues, de la sala, casi siempre trata de evitar eso. La verdad eso es muy duro porque uno se preocupa por lo formal sobre la muerte del niño, pero también por los papás, pero entonces uno siente, y la cosa es que todo eso se vuelve es como **una melcocha de emociones**, entonces para uno no caer

en eso y quedarse ahí todo pegado, mejor ir como por los laditos con esas situaciones. Sary, julio 2022.

La estigmatización está rodeada de emociones de temor, inseguridad y angustia que ocultan sentimientos de tristeza, impotencia, enojo y frustración que l/s participantes deciden desatender bajo la idea de que asumirlos les ocasiona desgaste en su perfil de rendimiento rutinario. El estigma emocional en el mundo laboral refuerza el distanciamiento afectivo y la actitud defensiva hacia el establecimiento de vínculos empáticos y significativos con personas cuidadas y sus familias; fue común encontrar en los relatos que la mayoría de l/s profesionales decidieron proteger su propia dimensión emocional, pues en todo caso las dinámicas propias del cuidado, en sus palabras, a veces resultan ser un atentado a la salud mental.

En este contexto, la estigmatización se relaciona con la percepción social de las emociones y la manera en que se imponen mandatos de control y eficientismo a l/s profesionales enfermer/s que l/s pueden llevar a la supresión de aquellas, el ocultamiento de sentimientos genuinos o la internalización de creencias negativas sobre la emoción.



### 3. Discusión

*“Yo llegaba portando con mucho orgullo mi uniforme blanco, me veía elegante, distinguida. En mi labor me sentía una súper héroe creyendo que debía salvar a todo el mundo en mi servicio. Cuál sería mi sorpresa al darme cuenta que me superaba el miedo a mi propia muerte... Heroína de turno, pero con miedo constante de morir.”*

Entrevista con Guerrero, septiembre de 2022.

Relatarse es una manera de disponer historias de vida para comprender el devenir del tiempo y la vivencia social a partir de una proximidad que anima a la emergencia de la singularidad y unicidad de cada ser en medio de la experiencia colectiva. La narrativa abre un espacio a la pluralidad de las voces desde una postura ética de escuchar al otr/, otorgando un lugar de relevancia a lo subjetivo y a lo intersubjetivo que antes nombré como el entre nos cuidadoso, a fin de facilitar el camino de construcción personal y colectiva. Contar la propia vida, que en apariencia orbita la dimensión íntima, es una manera de hacer inteligible el campo social desde una afectividad profundamente determinante al interior de la relación dialógica y la heurística del cuidado en enfermería.

En las conversaciones biográficas, en donde el relato, la experiencia y lo intersubjetivo se entraman, pude identificar historias comunes de implicación personal, colectiva y profesional que comentaré en el presente capítulo, integrado por cuatro apartados. El primero de ellos, *Entre madres/maternajes y héroes/heroicidades: metáforas encarnadas del patriarcado en la enfermería*, se visibiliza el entramado establecido a partir de mandatos heteronormativos y el acallamiento emocional que ha influido en la estructura de la profesión, sus integrantes y la manera cómo se conciben los afectos en el marco del cuidado; el segundo, denominado *Profesionales enfermer/s y tramitación emocional: muerte y finitud*, devela el arraigo que la profesión carga con respecto a la negación de la muerte como hecho biográfico inevitable, situación que propone un dilema a l/s profesionales que se han idealizado como guerrer/s y salvador/s, más que como seres emotivos inmersos en la experiencia, tanto porque son finit/s como por su rol de cuidador/s; el punto tres, *Disciplinamiento y control de las subjetividades*, descubre la existencia de una tensión entre subjetividades derivadas de procesos hegemónicos de subjetivación normalizadora y las posibilidades de una subjetivación

libertaria más acorde a la propuesta misma de un cuidado que integra las experiencias biográficas narrativas. El cuarto punto, *Narración biográfica y emociones: el reto de colectivizar los afectos en la enfermería*, plantea una propuesta afectiva para enfermería inspirada en la fuerza que encarnan los ejercicios dialógicos y de escucha colectiva como estrategias que hermanan, dignifican y promueven actos de disrupción y sanación emocional.

### **3.1. Entre madres/maternajes y héroes/heroicidades: metáforas encarnadas del patriarcado en la enfermería**

Escuchar los relatos de la vida personal y las trayectorias profesionales de l/s participantes me permitió identificar, tras el tejido de sus historias, dos metáforas que expresan y encarnan estas biografías. La madre/el maternaje, y el héroe o la heroína/la heroicidad, son formas frecuentes de posicionalidad enunciativa, las cuales parecen funcionar a la manera de matrices en las que l/s enfermer/s anidan un sinnúmero de expresiones de base patriarcal y sexista, producto del carácter feminizado de la profesión que, consecuentemente, marcan la postura de sanción emocional presente en estos relatos como parte de una herencia estructural del sistema sexo/género. Dicho sistema alude a las estructuras socioeconómicas y políticas que mantienen y perpetúan los roles tradicionales masculinos y femeninos, así como también definen lo que está clásicamente vinculado a los hombres y las mujeres (Suárez, 2010).

Con pocas modificaciones en el transcurso del tiempo desde la Antigüedad hasta el inicio de la modernidad, la escisión creada a partir de la creencia en la supremacía cultural propia del varón acompañó por siglos las dinámicas de superioridad masculina sobre lo femenino, hecho que se agudizó con el advenimiento del hito capitalista de la división sexual del trabajo. Este evento instaló una base estructural androcéntrica que permeó de manera general la dimensión sociocultural humana de lo masculino y lo femenino, lo cual se hizo visible de forma particular en los comportamientos y relatos de l/s participantes (Segato, 2016 como se cita en Bazzanesi, 2019).

En las sociedades primitivas, con el inicio de la estabilización sedentaria, la mujer tuvo un rol sobresaliente a nivel social. En medio de interacciones igualitarias compartía las cargas productivas con el hombre y tenía como oficio central el sustento familiar y la

acumulación de la riqueza a partir de la agricultura y la cosecha. Independientemente de la maternidad, en estas sociedades la mujer fue tomada como madre real y potencial, dada su capacidad de influir sobre las dinámicas sociales, en tanto era la encargada de acompañar el proceso de civilización del ser desde su nacimiento. Sin embargo, con el reconocimiento que el hombre efectuó de su función en el proceso de fecundación (es decir, descubrir que la cohabitación era la causa real del embarazo y no la influencia de fuerzas mágicas provenientes de la naturaleza) se instaló progresivamente la idea de dominación masculina a expensas de la reproducción, asociada además a la extensión de la probabilidad reproductiva a lo largo del tiempo y de forma permanente. Generar vida implicaba el crecimiento familiar y de los clanes, quienes de forma colectiva intervenían y controlaban la naturaleza. En consecuencia, la dominación masculina no sólo estaba vinculada con la mujer y la reproducción, sino además, se coligaba con la naturaleza y lo público. Este hecho generó que, paulatinamente, la mujer fuese desvalorizada y confinada a la vida íntima del hogar (Osornio, 2013).

Para los Griegos la mujer fue considerada un ser de menor estatus que el hombre en razón de su sexo. Esto la determinaba como sujeto tutelable y de necesaria subordinación al varón, además de débil intelectualmente por su propensión a ceder al influjo de las pasiones. La mujer exhibía una gobernanza instintiva que fue tomada como una muestra de fragilidad moral, y por tanto se consideró un ser en desequilibrio e impedimento afectivo, situación que la relegó a la exclusividad de las tareas reproductivas y al desarrollo de actividades domésticas y de mantenimiento del hogar, lo cual visibiliza la existencia de el hilo conductor entre sexismo y emocionalidad encontrado en los resultados de esta investigación (Fuentes, 2012).

Si bien la mujer era necesaria para el desarrollo de la vida social, no por ello fue considerada importante. De hecho, fue excluida de la vida pública, so pena de su condición de *fragilitas sexus*, *imbecilitas*, o *infirmitas*, y su voz se vio rápidamente silenciada en una vida confinada a la privacidad del hogar. La capitulación a la figura masculina del padre, el hermano, el esposo o el hijo llevó a que la mujer fuese definida por el hombre y viviera a través de éste (Games, 2011). Incluso en el espacio religioso, la mujer sacerdotisa continuaba siendo invisible y silente dentro de la estructura dispuesta para su participación. En resumen, en el mundo antiguo la mujer fue sometida a nivel

político, jurídico y social bajo el supuesto de su pasividad moral y reproductiva (Fuentes, 2012).

Esta situación contrasta con lo sucedido en la Edad Media, dado que durante el mundo feudal las formas de trabajo doméstico permitieron la participación de los hombres, quienes asumieron una labor compartida en la creación de lazos sociales y solidaridad entre los integrantes de los feudos para quienes no existían limitaciones frente a la realización de actividades cuidativas y productivas. Indudablemente, el modo feudal era jerárquico, caballeros y sacerdotes dependían económicamente del trabajo de hombres y mujeres campesin/s; no obstante, en dicho entorno se compartía la tierra y en el ámbito de la reproducción no había discriminación, es decir, el trabajo para el sustento se hacía de forma colectiva (Méndez, 2015). Las mujeres podían ser terratenientes y gozar de autonomía y libertad económica al interior de dichas estructuras; ante la muerte del conyugue, la viuda podía continuar con el oficio del esposo y era reconocida como una figura de poder (Corleto, 2006).

Es importante mencionar que aunque el panorama descrito dio cuenta de las dinámicas sociales comunes de la época, hacia el inicio de la edad media la caza de brujas fue una estrategia que criminalizó la libertad que la mujer ejercía sobre sí misma, su salud y la reproducción, e intervino dicha corporalidad en pro de incrementar la población y acumular fuerza y capital. La violencia fue el mecanismo por excelencia para imponer la feminidad, buscando que la mujer fuese frágil, lo que justificó el control y el sometimiento a lo masculino propuesto por el estado y el clero (Federici, 2010). Posteriormente, la crisis feudal y de crecimiento poblacional instaló una división entre la esfera de la reproducción, asociada con las mujeres, y la producción, vinculada a los hombres (Federici, 2010). La expulsión del campesinado de las tierras y la separación de los productores de sus medios de producción allanó el camino para que el campesino se convirtiera en trabajador asalariado y las mujeres fueron excluidas de ese rol quedando confinadas a labores domésticas, estableciendo con ello un modelo ideal de mujer: la perfecta esposa, el ángel del hogar, representación que fue principalmente aplicada a las mujeres pertenecientes a la naciente clase burguesa (Federici, 2010).

El imaginario de las féminas se cristalizó en la figura mística de la virgen María, dada la influencia clerical propia de este momento histórico. Fueron de alta difusión los

ensayos titulados *La Perfecta Casada* por Fray Luis de León y *La Familia Regulada* por Fray Antonio Arbiol, textos en los que se mantiene la expulsión de la mujer de la vida pública y se le ratifica como un ser débil, desenfrenado, regido por la maldad, que podría llegar a contaminar al hombre. Lo femenino encarnaba lo cerrado y oculto de la vida íntima y del hogar, mandando a las mujeres exigencias para que fuesen hacendosas, ahorrativas, discretas y, ante todo, dóciles a la decisión del esposo, quien tenía la potestad de ejercer violencia sobre ellas (Rosales, 2007).

Se trató, según Foucault (2002), del disciplinamiento de los cuerpos, que implicó transformar las fuerzas del individuo en fuerzas de trabajo. En particular, el cuerpo de la mujer encarnó una dualidad entre la mansedumbre virginal de María y la maldad desenfrenada de Eva, aspectos que estaban contenidos potencialmente en la fémina y que debían ser destruidos/disciplinados por el capitalismo, en una suerte de expropiación de la corporalidad. El cuerpo femenino derivó en una máquina de producción de nuevos trabajadores, la mujer dejó de ser activa, de tener una vida colectiva y cooperada, pasando a la domesticación visible a través de la obediencia, el silencio y la asexualidad. La familia como institución fue el primer gueto que interpuso el ordenamiento patriarcal, separando a la mujer de la vida pública. Este espacio generó el mayor ocultamiento del trabajo femenino. La dependencia total al hombre le permitió a éste el control de los cuerpos tanto de la mujer, como de l/s hij/s, al igual que los empleadores podían requerir, de forma plena, la corporalidad del varón asalariado. Bajo este enfoque, la emancipación de la mujer fue vista como una afrenta al desarrollo capitalista, por lo que se justificaba desplegar acciones de persecución, represión, tortura y asesinato.

Como menciona Segato (2016), esto derivó en mantener la imagen de la mujer exclusivamente ligada al rol de madre, al cuidado y al afecto filial como parte de la estrategia patriarcal para conservar la escisión entre lo privado y lo público, despojando a la dimensión doméstica de todo carácter político.

Durante el siglo XIX se fue consolidando el modelo doméstico, pero a la par emergieron reclamos de igualdad que, según los estudios de los feminismos de la primera ola, llevaron a las mujeres a asumir valores y roles masculinos para desarrollar sus aspiraciones profesionales y su lugar en el mundo del trabajo. Si bien las mujeres empezaron a acceder a procesos formativos y laborales, tenían una cierta gama de

ocupaciones que la sociedad encontraba apropiadas para su desempeño femenino. Sin dejar el rol principal de madre y esposa, podían ser maestras, secretarias, enfermeras, cocineras, camareras, taquígrafas, vendedoras, escribientes y telefonistas. La proyección de la mujer en el espacio público se hacía desde roles relacionados con la maternidad, es decir, que encarnaban una representación de eterna cuidadora, asumiendo prácticas que han cargado con el peso del menosprecio, la subvaloración y el desprestigio económico y social propios de la vida doméstica (Rosales, 2007).

Deteniéndonos en la enfermería como una de esas ocupaciones que surgieron en la vida doméstica, encontramos que desde sus inicios fue clara dicha influencia; las primeras enfermeras exhibían una completa dependencia a la orientación médica masculina y se encargaban principalmente de procedimientos de baja complejidad, siendo la curación una propiedad pública del médico y el cuidado una acción caritativa, instintiva y privada, propia de la enfermera. La integración de monjas en los procesos de atención profundizó las conductas de mansedumbre, dado que el clero exigía de aquellas votos de obediencia, pobreza y silencio; en ese sentido, la enfermería se colmó de movilizaciones morales, siendo más un sacerdocio o voluntariado que una profesión en estricto sentido. La mujer-enfermera debió orbitar alrededor del médico convirtiéndose metafóricamente en su esposa ideal, una que, como en la Antigüedad y el mundo medieval, dependía de la tutela del varón y debía permanecer bajo su sombra dada su pobre capacidad intelectual.

Esta herencia procedimental reduccionista sigue acompañando la enfermería contemporánea, que socialmente continúa siendo vista como una profesión con poco valor científico. En las historias de l/s participantes permanecen los ideales de la domesticidad femenina, trayendo como imagen significativa de cuidado a las abuelas, mujeres que permanecían en casa atendiendo a hij/s y niet/s desde un saber intuitivo y una postura de laboriosidad, calidez y silencio. La sumisión y la dependencia aparecen asociadas a situaciones de violencia oculta y acallada en los entornos laborales, donde la respuesta es una sobrecarga emocional, muchas veces silenciosa y una evitación de crítica o exigencia. El disciplinamiento de los cuerpos a través de dinámicas de unificación y borrado de la subjetividad adscribe a l/s profesionales a un tipo de subjetivación propia de los contextos de trabajo que les demanda confinamiento emocional y

acallamiento de la indignación, el enojo y la rabia. Tal como sucedió con la mujer medieval, la mayoría de participantes de esta investigación señalaron su adecuación y asimilación de comportamientos afectivos esperados en razón de su sexo y su profesión. A las mujeres se les sigue reclamando sutileza, diligencia, actitud maternal y altruismo, en tanto que de los hombres se esperan actuaciones metódicas, pragmáticas, racionales y poco emotivas. Estos elementos, que como se ha señalado tienen una trayectoria histórica de largo aliento, marcan un imaginario de lo femenino en la enfermería y por tanto la profesión es asociada a cierto grado de menosprecio social.

Ahora bien, es importante señalar los procesos mediante los cuales estas trayectorias históricas se cristalizan en la vida personal y colectiva, a fin de entender su permanencia y naturalización. Para ello, acudimos a los planteamientos de Jung (1994), quien desarrolló la idea de una disposición básica cerebral que nos acompaña desde la concepción en la que se articulan costumbres, idiomas, imágenes, ritos, mitos y, en general, saberes que se consideran universales, para dar lugar al inconsciente colectivo y a los llamados *arquetipos*. La palabra arquetipo proviene de los términos griegos *arjé*, que significa fuente o principio, y *tipo*, que se asocia con patrón o molde. Para Jung, el arquetipo como patrón de conducta posee un modelo heredado de funcionamiento innato en cuanto a percepciones, actitudes y conductas típicas de los seres humanos. Los arquetipos pueden ser figuras (como el padre, la madre, el héroe, etc.), acontecimientos (el nacimiento, el enamoramiento, la muerte, etc.) u objetos (vasijas, estatuas, etc.) que, dada la intensa carga emocional que los acompaña, fundan creencias difíciles de cuestionar que se actualizan en cada momento cuando las personas se encuentran ante dichos patrones o modelos (Osornio, 2013).

Durante la presente investigación pude identificar la frecuencia con la que l/s participantes se enunciaban a partir de la identificación con dos figuras arquetípicas de referencia: la madre y el héroe/heroína. El modelo materno conlleva una carga para la enfermera-madre, que asocia el cuidado con aspectos como la abnegación, el silencio, la intuición y el sacrificio. El hombre-héroe, por su parte, está vinculado sin excepción a ejercicios pragmáticos en los que el cuidado requiere de fuerza, firmeza y distanciamiento afectivo. En ambos casos, el desconocimiento de dichos arquetipos influye en la impronta emotiva de la profesión.

La madre, presente en la representación emocional de l/s participantes, es una de estas figuras arquetípicas. Es una autoridad mágica que encarna en sí misma una dualidad; por un lado, representa la mujer sabia, de altura espiritual, cálida, amorosa, sensible y nutricia, y por otro, encarna lo oculto, lo sombrío, lo abismal y la maldad (Saldaña, 2012). Esta imagen se asocia con abuelas, niñeras, enfermeras y sacerdotisas, que son responsables de prácticas de cuidado, razón por la cual se las inviste de un aura de pureza y se espera de ellas dedicación sumisa a la iglesia, al hospital, al esposo y/o a la familia. En este sentido, la madre como modelo diviniza el sacrificio que vincula el cuidado con el silencio y el sometimiento.

Para l/s participantes que metafóricamente resonaron con la figura arquetípica de la madre, la enfermería es una práctica que deviene maternal y se acompaña de sentimientos de amor, compasión, interés y protección. Al igual que la mujer medieval, la enfermera–madre se mantiene subsumida en el ejercicio privado del cuidado, el cual no es visto como una praxis científica, sino que es asimilado como un hecho extensivo de su deber ser. La figura de enfermera–madre conecta con la intuición presente en los saberes ancestrales; no obstante, dada la influencia heteronormativa patriarcal, este conocimiento intuitivo es desconocido, promoviendo en cambio que l/s enfermer/s deban asumir un rol materno que perpetúa ejercicios de aislamiento, dispone a desempeños de orden procedimental y al cumplimiento irrefutable de ordenanzas médicas. Las labores de naturaleza administrativa, dicho sea de paso, son de preferencia reservadas a los hombres, de quienes se espera comportamientos racionales alejados de matices maternales, ya que aquello les feminiza y les resta estatus profesional. La polarización sobre esta metáfora de la madre representa un riesgo para las profesionales, a quienes terminan por endilgarles el cuidado, los afectos y la privacidad de manera exclusiva, perpetuando desde lógicas androcéntricas acciones de dependencia e interacciones de rol preestablecidas y profundizando los fenómenos de discriminación por género (Bozal, 1998). Bien como ángel del hogar o como ángel en la enfermedad, es un ser etéreo, sobrenatural, cuyo poder deviene de una deidad suprema. Esta comparación desconoce la formación que demanda la profesión de enfermería y coacciona la autonomía del acto de cuidado, que se entiende carente de fundamentos ontológicos y epistemológicos. Los relatos de l/s participantes dejan ver la permanencia, la supervaloración y la falta de

problematización que esta figura arquetípica ocasiona en una ciencia como la enfermería, que reclama para sí el cuidado como su objeto epistémico y que está integrada principalmente por mujeres<sup>16</sup>.

Complementario a esto, encontramos la imagen del héroe, otra figura arquetípica que diviniza al varón como un ser que se enfrenta a un desafío singular como parte de su destino. Esta figura recoge atributos como la fuerza, la firmeza, la audacia y la trascendencia y connota per se una actuación de orden público en la que se demanda reconocimiento social. El héroe encarna el valor y la protección a nivel físico y espiritual, ya que éste puede salvar a una doncella de un peligro, o bien puede emprender un viaje para redimirse a sí mismo. En ambos escenarios es el coraje la emoción trazadora que está asociada al varón heroico (Chevalier & Gheerbrant, 1986). El heroísmo impone una búsqueda constante de la gloria, una necesidad de pervivir en el tiempo a través de la inmortalidad de las hazañas que le llevan a sobresalir, como ser único en una sociedad de comunes. El enfermero-héroe, que encarna dicho patrón arquetípico, debe tomar una distancia importante de la experiencia de cuidado clásica, asumiendo roles en áreas asistenciales en donde es necesario el uso de fuerza, agilidad y liderazgo, y en cargos administrativos o de representación gremial, en los que se considera que su imagen es apropiada para enfrentar los retos que implican valor y figuración.

La tramitación del heroísmo en l/s enfermer/s que hicieron parte de la investigación resonó con la necesidad de figuración y reconocimiento propia de este arquetipo, pues se hizo evidente que prefieren asumir cargos de poder al declarar una mayor identificación con el rol médico y considerar que aquell/s profesionales son autónom/s y toman de manera independiente decisiones sobre el manejo de la salud de l/s pacientes en los espacios asistenciales. De manera abierta rechazaron la visibilización pública de los afectos al interior de los entornos de cuidado, considerando que tal expresión puede hacerles parecer frágiles y vulnerables, lo que rompe esa idealización del héroe. Aunque

---

<sup>16</sup> Nightingale, como referente central de la enfermería, rompe con el modelo arquetípico de la madre, en tanto fue una abanderada de la defensa por la inclusión de la mujer en procesos formativos y cuestionó el mandato socialmente impuesto que ordenaba a la mujer como integrante de las sociedades monárquicas del siglo XIX: convertirse en esposa y madre (Fonseca & Penna, 2000). Este gesto, de clara controversia a la dominación patriarcal, propuso una ruptura con el disciplinamiento del cuerpo femenino, al extraerlo de la privacidad del espacio doméstico y promoverlo en entornos académicos, administrativos y políticos de la sociedad.

el arquetipo del héroe ha estado más ligado a los hombres, dicha forma metafórica se traslada también a las mujeres enfermeras, en este caso para nombrar la idealización de un supuesto sacrificio que lleva a que la práctica profesional se valore como una experiencia de inmolación moral que no siempre se traduce en un mayor reconocimiento social, permaneciendo muchas veces en el anonimato y en la sombra, lo que produce fuertes tensiones emocionales a nivel individual y colectivo.

Con lo dicho hasta el momento quiero indicar que con estas formas de relatarnos, enunciarnos y emocionarnos, o de ser relatad/s y enunciad/s por otr/s, l/s enfermer/s estamos cristalizando una larga historia patriarcal que se estructuró en la división sexual del trabajo y condicionó el surgimiento de fenómenos socioculturales de sometimiento femenino y desigualdad de género que l/s participantes identifican de forma recurrente en sus historias de vida y sus trayectorias a través de comportamientos y emocionalidades manifiestas. Las figuras arquetípicas de la madre y el héroe/heroína, que prefiero asumir como metáforas para guardar consonancia con la naturaleza misma de la actual investigación biográfico narrativa, vehiculan el sentido de lo que l/s enfermer/s sienten respecto de su rol de cuidado, pero a la vez develan las tensiones y desigualdades de género, atravesadas por mandatos patriarcales que han feminizado la profesión de enfermería y han condenado a sus profesionales, en particular a las mujeres, a la subvaloración científica y al desconocimiento social.

El hito de la pandemia por el virus de Covid 19 muestra con claridad estas permanencias. En múltiples medios de comunicación masiva y por redes digitales se exaltó a l/s profesionales enfermer/s como héroes que de manera abnegada ponían en peligro sus vidas para atender la condición de salud de otras personas. Bajo esta metáfora, la enfermedad se entendió como un campo de guerra y el cuidado como una batalla, en medio de la cual la madre-héroe/heroína-enfermer/ responde con servilismo en medio de situaciones asimétricas de poder y contextos de adversidad laboral (Miller et al. 2022). Resulta llamativo que una vez superada la fase aguda de la pandemia, dicho reconocimiento y exaltación heroica haya quedado en el olvido. La lucha por las condiciones laborales dignas y la protección de la salud mental de l/s enfermer/s volvió a subsumirse en medio de un sistema asistencial que subvalora el cuidado. Podría decirse que la imagen sacrificada de la madre-enfermera y el héroe-enfermero, fueron

instrumentalizadas, a expensas de las dinámicas de sometimiento que en múltiples países impusieron los gobiernos de turno, para promover la aceptación de normas restrictivas bajo la movilización afectiva de la compasión por parte de l/s mártires enfermer/s.

Los resultados de esta investigación nos muestran que no se trata sólo de comprender las expectativas que se han tejido en el imaginario social sobre la profesión y sus integrantes, se trata de reconocer que en los discursos personales y profesionales se puede rastrear la presencia de modelos muy problemáticos como los arquetipos de la madre y el héroe/heroína, que no han sido suficientemente cuestionados y continúan condicionando el ámbito afectivo e intersubjetivo de la profesión.

Los prejuicios contruidos a partir de estereotipos de género contribuyen a la perpetuación de las desigualdades e introducen enfoques sexistas que mantienen la asignación de ideas, afectos y comportamientos determinados. En particular, la influencia sexista sobre los afectos radicaliza la mirada respecto de asumir públicamente las emociones y exige a l/s profesionales exhibir una falsa ecuanimidad que l/s aísla y desconecta de las condiciones sensibles inherentes al acto de cuidado. Si bien se puede conceder a la mujer algún nivel de tolerancia frente a su expresión emocional, debido a que se considera que es de base sentimental, el hombre es fuertemente sancionado en medio de un entorno en donde no existen representaciones simbólicas elaboradas para acompañar los afectos y la masculinidad. El patriarcado, así como el enfoque sexista que ha permeado a la enfermería, ha acarreado una patologización emocional que reduce al sujeto emotivo al aislamiento en la interacción y le propone como estrategia para encauzar los afectos una sobrevaloración compensatoria de la productividad, un profundo disciplinamiento corporal y un total borramiento emotivo. En la medida en que estos enfoques continúen mediando lo intersubjetivo y la visión hegemónica de mundo, la enfermería no dejará de ser vista como una extensión del rol de cuidado propio de mujeres sometidas.

### **3.2 Profesionales enfermer/s y tramitación afectiva: muerte y finitud**

El segundo aspecto común que se pudo reconocer en medio de los relatos de l/s participantes dio lugar a la identificación de otro arquetipo, en este caso asociado con un

acontecimiento biográfico que se instala como uno de los fenómenos generadores de mayor expresión y respuesta afectiva por parte de l/s profesionales enfermer/s y tiene que ver con la muerte y el sentido de finitud. Esta metanarrativa, es decir, la historia común que se dio entre l/ enfermer/s, puso en tensión el heroísmo que la profesión ha idealizado con la inevitable realidad de la muerte como un evento inseparable de la vida misma. Las narraciones develaron la postura culturalmente arraigada de negación de la muerte, que propone a l/s profesionales enfermer/s una intervención biofisiológica de un hecho que, como la muerte, supera lo físico y se ubica en el plano de lo trascendental y social. Esto hace que aparezca como uno de los fenómenos que desencadena la mayor expresión y respuesta afectiva por parte de l/s profesionales en sus trayectorias de cuidado.

Según l/s estudios/s del tema, el ser humano es el único organismo que conoce la finitud de su existencia, sin que necesariamente esto explique el rechazo o los sentimientos de temor que se han acentuado en la sociedad actual. En la Antigüedad se exhibía una postura de aceptación de los eventos que hacían parte del destino de las personas, entre ellos la muerte; la vida no estaba completa sin el hecho de morir. En las sociedades premodernas, las enfermedades infectocontagiosas fueron responsables de los tempranos decesos que ocasionaron un elevado número de muertes durante la infancia y una menor esperanza de vida en la adultez. Con la modernidad y la introducción progresiva de mejoras en salubridad se generó un impacto positivo sobre los perfiles epidemiológicos y demográficos, lo que propició una variación en cuanto a las formas de enfermar y morir, en medio de colectivos humanos que abandonaron paulatinamente las creencias y maneras asociadas con la vida rural y asumieron prácticas propias de las sociedades urbanas en las que los adelantos científicos y tecnológicos impedían la muerte de manera cada vez más eficiente (Rodríguez, 2002).

Prolongar la vida de las personas se convirtió en el hito del siglo XX, por medio del cual se transformó el patrón de morbimortalidad que, hoy por hoy, ubica a las enfermedades crónicas como una de las principales causas de decesos en el mundo. Sin lugar a dudas, la percepción de la muerte ha cambiado a lo largo de la historia en consonancia con las transformaciones demográficas y epidemiológicas, así como también con las creencias, costumbres y prácticas propias de cada período, tal que es

notoria la instalación del rechazo y el temor a la muerte como parte de las ideas, afectos y comportamientos del ser humano moderno y posmoderno que depositó su confianza de supervivencia en las promesas científicas y tecnológicas propias del racionalismo biomédico (Rodríguez, 2002).

Desde antaño, la muerte se ha manifestado a través de signos que en la Antigüedad y hasta la Edad Media fueron leídos por las personas, quienes de manera autónoma y desde una emoción apacible iniciaban la gestión de sus voluntades en relación con su propia muerte. Morir no era un acontecimiento inesperado. Las personas, más que una intuición, tenían la certeza de que el final de su vida estaba próximo y, en consecuencia, permanecían en casa rodeados de sus seres queridos, en compañía de amig/s y conocid/s que participaban del proceso. Hacía parte de los gestos de muerte que el individuo expresara sus sentimientos de tristeza respecto de las personas y cosas que quedaban atrás. Seguidamente, dedicaba un momento para pedir perdón a los seres queridos y, finalmente, se fundía en una especie de olvido del mundo, concentrándose en Dios desde la oración. Esta forma de morir, en la que el individuo presidía su propio proceso y la habitación de la persona dejaba de ser un espacio privado y se convertía en un lugar público donde se admitía incluso la presencia de niñ/s, daba lugar a sentidas manifestaciones emocionales cuya intensidad no orbitaba el nivel del dramatismo. Los familiares podían llorar la pérdida y tenían un reconocimiento social de su condición a través del luto, que se portaba usando vestuario de color negro y manteniendo un período de recogimiento domiciliario, en el que se preparaban para su próxima reintegración a la vida comunitaria (Ariès, 2007).

A esta forma de morir, que se extendió desde el siglo VI hasta el siglo XVIII, se le llamó la *muerte domesticada*, vivencia que mantenía la total autonomía de la persona sobre su propio proceso de fin de vida; sus decisiones no eran intervenidas por familiares, representantes de la iglesia o profesionales de la salud. De hecho, la preservación de los restos mortuorios no era un aspecto rigurosamente establecido más allá de disponer a los difuntos en las zonas aledañas a los asentamientos humanos bajo la creencia de que los vivos no querían ser perturbados por los muertos, es decir, no era deseable enfermar y morir como ellos (Ramos, 2020).

Posteriormente, el credo católico instauró la idea de que mártires y santos debían tener un espacio para su adoración y se construyeron iglesias en sus nombres como lugares que brindaban protección, tanto a las personas vivas como a los fallecidos de las zonas circundantes. Aparecen los primeros cementerios pensados desde esta idea de amparo, y con ellos el fortalecimiento de la intermediación eclesiástica sobre el proceso de la muerte. Este hecho no debe ser visto como un evento menor, puesto que en las nacientes sociedades burguesas, para el final de la vida se requería de la presencia de monjes y sacerdotes, quienes ayudarían con rezos y ceremonias de purificación para el tránsito hacia la vida eterna. Es decir, la persona sabía de un juicio al final de los tiempos o incluso en el momento mismo de la expiración que lo llevaría a una vida después de la muerte, instalándose con ello una férrea negación a morir desde el temor de no alcanzar la redención. De esta manera se creó una necesidad de garantizar la salvación a través de rituales y misas que debían ser ofrecidos a nombre del difunto, quien designaba al clero un valor significativo de su fortuna o pertenencias para que se encargasen de dicha tarea (Ariès, 2007).

La familia, que continuaba presente, aunque de forma cada vez más periférica al lecho del moribundo, vivía con especial impresión el evento de la muerte, lo cual generaba una carga emocional negativa vinculada con el fallecimiento y la incertidumbre frente a la salvación. Poco a poco sucedió la primera interdicción al hecho de morir llevada a cabo por la iglesia, que promovió el miedo como una emoción a partir de la cual, quien fallecía lo mismo que sus parientes, sentían que debían acompañarse de los representantes eclesiásticos y en parte delegar ciertas voluntades a estos. Lo anterior es particularmente llamativo si tenemos en cuenta que pese a una clara postura laica visible en los relatos de l/s participantes de la investigación, ante el hecho de morir la intermediación religiosa/espiritual<sup>17</sup> pervive como una constante, mencionada dentro de las formas a las que l/s profesionales recurren durante el tránsito de la experiencia biográfica de la muerte, en parte por la aceptación de que esta acción les descarga de la responsabilidad de permanecer al lado del sufriente y sus familiares (Ariès, 2007).

---

<sup>17</sup> Se toma por *religión* cualquier doctrina que demanda interpretación, compromiso y fe, que permite una práctica con objetivos éticos, estéticos y emocionales. *Espiritualidad* es conceptualizada como una sensibilidad o ligazón a valores que pueden tener relación o no con lo religioso, opuesta a cualquier interés mundano o material acorde con las creencias y valores de la cultura de una sociedad (Torres, Vargas & Triana, 2022).

Hacia mediados del siglo XIX la muerte comenzó a ser un evento de confrontación para las personas, puesto que las llevaba a una profunda reflexión sobre sí mismas y al descubrimiento del secreto de su propia individualidad, que estaba ligado en primer lugar, al logro de un balance positivo de la vida al momento del juicio final derivado de las buenas acciones adelantadas durante su existencia y, en segundo lugar, al mantenimiento de la autonomía sobre la gestión de su proceso de muerte y sus últimas voluntades. Sin embargo, con la llegada de la modernidad, el pensamiento positivista y la consolidación del proyecto capitalista, la muerte empezó a volverse inconveniente, lo que dio lugar a la segunda interdicción del morir. Esta fue implementada por el hospicio y el personal asistencial, quienes extrajeron al moribundo de su domicilio y le convirtieron en enfermo, en busca de una supuesta protección afectiva de sus parientes, confinándolo a un manejo institucional y medicalizado alejado de la lectura de los signos de muerte, sus rituales y sus seres queridos (Lynch & Oddone, 2017).

Esta segunda forma de morir fue conocida como la *muerte invertida*, que se caracterizó por la invisibilización del final de la vida. La muerte fue llevada al hospital, un lugar privilegiado para morir en soledad en manos de los médicos que se volvieron poderosos al tener la potestad de decidir quién moría y cuándo lo hacía (Ariès, 2007). La muerte genera estados de conmoción silenciados bajo esta nueva mirada que interpuso un control de los afectos tanto del moribundo como de sus parientes. Sus aflicciones no debían perturbar la paz ni de la institución ni de la sociedad. La producción no podía suspenderse, por lo que el duelo también se transformó. Si se tenían emociones, sólo podían manifestarse en privado, el llanto no debía ser visto ni escuchado. Una pena demasiado visible era repulsiva, por lo que el luto terminó siendo eliminado. A partir de entonces, se promueve una alta censura sobre la muerte inicialmente ligada al personal asistencial, quienes derivaron la gestión silenciosa del difunto a los recientes responsables de la preparación del cadáver, la celebración del funeral y el entierro o la cremación (Zamora & Brito, 2020).

La nueva industria de la muerte desaparece el cuerpo rápidamente, lo embalsama haciéndolo parecer un casi vivo y convoca supuestos rituales públicos, que realmente retiran a los dolientes el papel de la evocación y el cumplimiento de las últimas voluntades, aislándolos en la privacidad del hogar, sin suspender su articulación al

engranaje productivo (Zamora & Brito, 2020). El cadáver como símbolo puede movilizar gran cantidad de significados, atenuados por la cosmética de la conservación y la protocolización de la industria funeraria que reemplazan los rituales colectivos, unificando el ejercicio para adormecer las emociones (Preston, Metcalf & Huntington, 1993).

Durante el siglo XX, el moribundo fuera de su domicilio fungió como enfermo y se le asignó la responsabilidad de comunicarse de la forma más efectiva posible con el personal asistencial para mantener una suerte de engaño, consistente en hacerle creer a su familia que no sabía de su condición. Mucho de aquello era cierto, algunos simplemente perdían las fuerzas bajo el efecto de sedantes y analgésicos evitando con esto el indeseable momento de desborde emocional. Tal y como lo refieren Glaser y Strauss (1965), la llamada pérdida de control de los sobrevivientes es una de las situaciones que requieren impedirse a toda costa en el entorno hospitalario.

La muerte es objetivada y se toma como una experiencia perturbadora en la que el personal asistencial, máxima representación del saber científico y el poder, asume desde una mirada ascética y moralmente represiva la invisibilización del morir y de las emociones adscritas a este evento (Zamora & Brito, 2020). La muerte invertida deviene una ruptura de los significados colectivos de morir a través de la eliminación del duelo y los rituales compartidos en comunidad, en la medida en que fragmenta la construcción de mutualidad y lazos sociales que tienen el potencial de renovar valores en común. Dichas creencias fueron intervenidas por el capitalismo y la ciencia, redujeron la muerte a una experiencia de pérdida de la materia productiva y demandaron una atenuación uniforme de la emocionalidad entre familiares y conocidos, que debían confinarse en la intimidad (Preston, Metcalf & Huntington, 1993).

Este recorrido histórico de las múltiples transformaciones y actores implicados en el proceso de muerte nos deja ver su influencia en la actual experiencia de rechazo del final de la vida, heredada del pensamiento occidental. En este contexto la religión ha jugado un papel central al proponer creencias que mitigan la aflicción ante el inevitable hecho de morir, con la promesa de resurrección como la compensación promulgada por el cristianismo católico, en tanto que el judaísmo, promueve el retorno del alma a Dios. En ambos casos, el pacto religioso de redención tiene alcances políticos y económicos consonantes con los intereses del Estado. En Oriente, el reconocimiento de la

temporalidad del mundo material y la trascendencia de la dimensión espiritual facilitan que la muerte sea vista como una manera de superar el dolor y la angustia que acompaña la vida humana, así que morir se vuelve un tránsito de liberación. Bajo estas concepciones es posible observar un cierto nivel de mitigación de las expresiones de temor al final de la vida. No obstante, tanto el islamismo como el hinduismo y el budismo, consideran una vida después de la muerte, bien por alcanzar la recompensa al llegar al más allá, por renacer o reencarnar (Bowker, 1996). En general, el descanso eterno funge como un pacto que establece el hombre para hacer más tolerante la concepción de su propia finitud y el desconocimiento frente a lo que sucede de manera posterior a dicho evento. La eternidad es, si se quiere, una metáfora de afrontamiento ante la angustia que ocasiona asumir la naturaleza temporal de la vida.

La muerte como evento arquetípico marca el escenario de cuidado a través de la mediación estatal y eclesiástica para el mantenimiento del estatus social productivo de una sociedad moderna y capitalista, por medio de la asignación de un poder a la ciencia y sus profesionales, quienes en adelante eliminaron la autonomía del individuo, su familia y comunidad respecto de la muerte. Morir se volvió un tabú, una amenaza a la promesa de felicidad y emancipación que proponía el mundo racional y un temor extendido hasta la época actual, todo lo cual es heredado por la enfermería.

La enfermería moderna se apropió de la segunda interdicción de la muerte, lo que derivó en una profundización de la consigna de acallamiento afectivo como garante, por un lado, de comportamiento científico y calidad de la atención, y por otro, como modelo de comportamiento ideal que certifica el eficientismo de la profesión y favorece la productividad social. Hoy por hoy, la educación de l/s futuros profesionales continúa circunscrita a la idea de no sentir, bien porque el distanciamiento emocional se considera un mecanismo de defensa efectivo ante el dolor producido por el sufrimiento y la muerte de las personas cuidadas, o bien porque en múltiples servicios morir es un hecho repetitivo, el cual debe integrarse a la vivencia cotidiana de manera rutinaria sin generar mayores implicaciones emocionales.

La sobreexposición a la muerte puede terminar por anestesiar la emotividad de l/s profesionales ante el evento. Esta situación fue comúnmente mencionada por l/s participantes de la investigación, quienes aceptan que sus respuestas hacen parte de un

guión en el que lamentan el deceso y ofrecen algún gesto discreto de consuelo, saliendo rápidamente del escenario para pedir el apoyo por parte de l/s profesionales del campo de la salud mental, quienes asumen el proceso. Solo recientemente cursa una reflexión en la enfermería respecto de la importancia de detenerse sobre los afectos movilizados por la muerte y darles un lugar dentro de las trayectorias profesionales, como también al interior de los actos de cuidado (Ramos, 2020).

Sin lugar a dudas, la muerte moviliza una reconstrucción biográfica que, de no hacerse de manera reflexiva, genera dolor y rechazo. El final de la vida no es un evento neutro, está cargado de sentimientos, tanto para las personas cuidadas como para el personal asistencial (Cáceres, Cristancho & López, 2019). Los relatos de l/s participantes fueron insistentes en la emotividad que ocasiona la muerte, detallaron la frustración que genera el sufrimiento de l/s familiares y la impotencia que l/s conduce a ocultar el llanto, la angustia, el nerviosismo y el mutismo, dado que morir confronta a l/s enfermer/s con su propia finitud y, más allá, con la de sus seres queridos.

Es importante aclarar que no todas las muertes generan las mismas movilizaciones afectivas. De hecho, el enfoque denominado curso de vida propone estudiar el desenvolvimiento de las vidas humanas en su extensión temporal, contexto sociohistórico y multidimensionalidad, con la idea de comprender que el impacto de las pérdidas es variable y está determinado por aspectos asociados al momento biográfico específico. Según este enfoque, cada vida está integrada por trayectorias individuales que cobran sentido a partir de eventos, transiciones y puntos de inflexión. Las transiciones implican cambios esperables en relación con el crecimiento humano y social. No obstante, los hechos que son inesperados se consideran puntos de inflexión que pueden desviar la existencia de las personas. Con el incremento de la esperanza de vida, la muerte se asocia cada vez más con la adultez mayor, haciendo que las pérdidas de niñ/s y jóvenes sean tomadas como hechos paradójicos, dolorosos, e inexplicables (Lynch & Oddone, 2017). En sociedades en las que prevalece el sentido de la producción, la satisfacción inmediata y la exclusión, las vidas de niñ/s y jóvenes suelen tener mayor valor social, en comparación con las de los adultos mayores (Valle et al. 2019).

La muerte introduce una discontinuidad que puede ocasionar implicaciones económicas, cambio de roles, afectación en el desempeño laboral, e interrupción de

procesos formativos, entre otras derivas. Indudablemente, la percepción subjetiva que cada individuo tiene de la vida influirá profundamente en la manera en la que asume el hecho de morir. Además, tendrá ascendencia al respecto el momento del curso de vida que esté trasegando, el tipo de vínculo que se tiene con la persona fallecida y, en general, las creencias culturales, así como las experiencias personales previas relacionadas con pérdidas y duelos. Podría decirse, entonces, que existen momentos y situaciones en las que la muerte es socialmente aceptada y el curso de vida encarnará hitos respecto de pérdidas consideradas extemporáneas e incomprensibles, acontecidas principalmente en infantes y adolescentes (Lynch & Oddone, 2017).

Durante las entrevistas fue visible el sufrimiento que las pérdidas de niño/s y mujeres jóvenes con hijo/s generó en los participantes, quienes incluso mencionaron que tales eventos los llevaron a evaluar de forma minuciosa su labor clínica, buscando opciones de mejora para futuras atenciones. Adicionalmente, fueron enfático/s en referir que el impacto emocional que experimentaron estuvo asociado principalmente con la cercanía establecida por las interacciones frecuentes y prolongadas con las personas cuidadas y sus familias, más que por los determinantes ligados al enfoque del curso vital. Pese a lo anteriormente dicho, en el imaginario social se cree que los profesionales enfermero/s deben manejar la muerte desde el control absoluto de sus propias emociones, negándolas en sí mismo/s y haciendo extensivo dicho afecto al moribundo y sus familiares. Esta creencia instala un dilema en el que se enfrentan el mandato arquetípico de cuidar al desvalido, sobre todo al que está próximo a fallecer, y el deseo de los enfermero/s de estar por fuera de la situación de tensión. A este respecto, la pandemia por Covid-19 se convirtió en un hito en la historia reciente de la profesión, dado que durante este tiempo el incremento de la mortalidad en los servicios de atención fue dramático. El siglo XXI fue confrontado por una inesperada realidad de muerte, en la que lo simbólico y significativo cobró sentido ante un panorama incierto, desconocido y de pérdidas crecientes. El miedo, la frustración, la aversión, la angustia y la ira ante la enfermedad y el morir terminó por degradar el dilema y hermanó a personas cuidadas, familiares y personal asistencial en un sentimiento de solidaridad y cobijo, lo cual llevó a que los enfermero/s permanecieran al lado del sufriente y el moribundo para evitar la muerte en soledad (Moreira & Ferreira, 2021). La pandemia puso en el escenario mundial la realidad emotiva de los profesionales

enfermer/s, quienes se ven profundamente afectad/s por el sufrimiento y el dolor de las personas cuidadas y sus familias.

A nivel de enfermería, la muerte es un acontecimiento que ocasiona de forma importante actualizaciones emotivas respecto de pérdidas dolorosas, que se reviven en medio de actos de cuidado similares a la vivencia personal de l/s profesionales. Algun/s participantes reconocieron que compartir su biografía desde los sentimientos comunes ante la muerte con las personas cuidadas y sus familias les facilitó asumir los miedos, el rechazo y actuar con valor para brindar esperanza y cobijo. El uso de la poesía de los cuidados es una estrategia de reciente implementación en los contextos hospitalarios, su empleo moviliza procesos de autoconocimiento del yo estético y emocional de l/s profesionales que gestionan de manera reflexiva sus afectos ante situaciones de alta exigencia emotiva como la muerte de las personas cuidadas y el sufrimiento de sus familiares (Siles, 2020).

La tradición de acallamiento afectivo ante el hecho de morir y el ocultismo que ha cargado esta vivencia ocasionó una polarización de los procesos formativos en enfermería, los cuales escindieron la muerte como parte fundamental de la vida. Sin embargo, recientemente los currículos han iniciado una articulación progresiva de contenidos relacionados con la tanatología y los cuidados paliativos (Cara, 2020). El cuidado al moribundo y su familia requiere de un enfoque holístico en el que lo paliativo no sólo vele por la resolución de las necesidades físicas, el manejo del dolor y el confort de la persona, sino que además sea garante del respeto a la autonomía y la dignidad humana del sufriente, en quien el apoyo espiritual supone una búsqueda interior para alcanzar la comprensión y el sentido de trascendencia respecto de su enfermedad y su muerte próxima. La espiritualidad demanda silencio, soledad, paciencia y moviliza el autoconocimiento no sólo en la persona cuidada, sino en sus familiares y el personal asistencial. La religión puede ayudar a la persona a vivir su espiritualidad desde una determinada visión de la existencia, por lo que las acciones en este ámbito deben tener apertura a las particularidades propias de cada persona y familia (Vegas, González & Benítez, 2023).

El cuidado paliativo de base espiritual demanda una profunda coherencia cultural a partir de miradas éticas y estéticas de la enfermería. Se trata de desmitificar la muerte

y con ella los sentimientos que la acompañan, a través de la promoción de espacios dialógicos en donde la empatía afectiva movilice la creación de colectivos en los que la emoción sea la base común para producir experiencias sanadoras y emancipatorias. No corresponde continuar ocultando el sufrimiento, es necesario que l/s profesionales enfermer/s que viven eventos de muerte, sean cobijad/s desde grupos de apoyo, espacios terapéuticos en los que la emotividad sea validada (Lopera, 2016). La pérdida de la individualidad que ocasiona la muerte, podrá ser superada en la medida en que el ser humano se sienta integrado a un sistema en el que su vida aporte a otras individualidades y a su trascendencia (Morin, 1994). Los colectivos afectivos de los que hablaré al final de este capítulo pueden generar un camino expedito para materializar este tipo de propuestas.

### **3.3 Disciplinamiento afectivo y control de las subjetividades enfermeras**

En la enfermería existe una tensión entre subjetividades derivadas de procesos hegemónicos de subjetivación normalizadora y las posibilidades de una subjetivación libertaria, más acorde a la propuesta misma de cuidado que integra las experiencias biográficas narrativas.

La modernidad, y con ella la consolidación del pensamiento positivista y del modelo económico capitalista, representó un hito para la profesión. La sobreestimación de la racionalidad científica y la productividad, movilizó procesos hegemónicos de subjetivación normalizadora que derivaron en la emergencia de subjetividades dóciles y sometidas. Los sistemas de poder estatales, religiosos y económicos promovieron el disciplinamiento social como una estrategia de control que llevó a la homogenización ideológica y afectiva, factor determinante para el surgimiento de conductas de sumisión y eficientismo visibles en la profesión enfermera.

La apropiación de circunstancias externas y su integración en la propia perspectiva pasan por ejercicios de subjetivación (Aguilar, Dorantes & Ortega, 2010), que según Foucault (2002) son la base para la constitución de l/s sujetos en una operación argumentativa entre la norma y el cultivo del sí, entre la sujeción<sup>18</sup> y la liberación. En

---

<sup>18</sup> Acción de poder ejercida desde rangos superiores hacia niveles inferiores en jerarquías verticales (RAE, 2022).

esencia, la subjetivación opera bajo una lógica jurídica según la cual el sujeto moral se relaciona con una o varias leyes a las que debe someterse, bajo la pena de culpas o la exposición a un castigo. Tal experiencia incide sobre la construcción de la subjetividad de las personas, la cual se expresa en ellas a través del comportamiento, el deseo, las actitudes, el lenguaje y la percepción del mundo. Es decir, del entrelazamiento de determinaciones colectivas de diversa índole, no sólo sociales, sino también económicas, tecnológicas, mediáticas, entre otras, se funda la subjetividad individual, que opera sobre la dimensión ideológica del ser, e influye en la manera como se articulan los procesos de trabajo y el orden social, dando soporte a las fuerzas productivas (Busanello et al. 2014). Los patrones de normalidad, pautas que tienden a generar estandarización en las sociedades, son difundidos para producir procesos de subjetivación y crear subjetividades de grupo para l/s integrantes de un mismo colectivo, quienes giran en torno a prácticas y eventos comunes (Roldán, 2021). El concepto de subjetividad entonces, sintetiza la idea de que la naturaleza o el mundo y nuestra forma de sentido dentro del espacio social están constituidos esencialmente por las opiniones, creencias y saberes de las personas. Estas entidades subjetivas soportarían los códigos y usos de sentido en la existencia (Hegel, trad. 1993).

Para Foucault (2013) las subjetividades decantan las relaciones de saber, poder y la ética o subjetivaciones de cada momento histórico. El autor señala que en la Antigüedad el dominio de sí no estaba definido por una imposición proveniente de saberes y poderes externos, sino que era el resultado de la *askēsis*, prácticas encaminadas a la liberación del espíritu y el logro de la virtud desde la templanza y la moderación. En este sentido, la subjetivación en la Grecia Antigua emerge como un ejercicio de libertad activa del ser en relación con la propia dominación (Lozano, 2019). Durante la Edad Media, la subjetivación estuvo determinada por el impulso de los denominados procesos civilizatorios, vinculados a una extrema pacificación de la conducta, lo que hizo del cuerpo y las emociones territorios susceptibles de sanciones y regulaciones mediante prácticas de auto y hetero control (Elias, 1982). A partir de este período, que se extiende hasta el Renacimiento, pudo advertirse una creciente industria de acallamiento emocional dispuesta, por un lado, por el propio ser que reprime la expresión de las pasiones y por otro, por la cultura, que instala normas desde las cuales

se induce el silenciamiento afectivo y la coacción. Así, la expansión de sentimientos como la vergüenza y el miedo a infringir comportamientos socialmente esperados, derivó en el desarrollo de férreos ejercicios de autocontrol que buscaban evitar los castigos y la violencia proveniente de figuras/sistemas de poder (Scribano & Mattar, 2009).

A lo largo de los siglos XVII y XVIII, la represión fue considerada el mecanismo de mayor impacto para mantener el control social. El cuerpo de la persona que delinquía debía ser sometido a correctivos severos por haber transgredido la orden del soberano, quien podía golpear, torturar y matar públicamente para dejar claro que el honor mancillado de la monarquía debía ser resarcido a través de mecanismos punitivos, tanto para quien recibía el castigo como para quienes observaban. Así, los castigos que comprometían la integridad física moldearon las conductas a partir del miedo (Irigibel, 2008). Posteriormente, hacia finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX se crearon nuevos escenarios a través de la celebración de juicios, con lo cual se modificaron las formas de martirio/control previamente descritas, surgiendo las prisiones como novedosos espacios de contención y resocialización del cuerpo, que se acondicionó a través del encierro, lo que derivó en docilidad y una renovada forma de utilitarismo (Jiménez, 2018).

Ya en el siglo XIX emergió la denominada sociedad disciplinaria, cuya característica fundamental es la dominación/sujeción sobre los cuerpos al instrumentalizarlos bajo procesos de normalización, es decir, de adopción y sometimiento a la norma al servicio de los sistemas de poder y producción (Leonardo, 2022). La disciplina vuelve útil al cuerpo, en tanto el control regula la ejecución de las acciones de la persona, que se somete de manera voluntaria a nuevos modelos de subjetivación. Hasta mediados del siglo XVIII, todo lo que fuese en contra del constructo socialmente establecido debía ser castigado. La sanción emitida por las personas o instituciones de poder era una reconfiguración de la conducta de l/s individuos; es decir, la mortificación física fue asumida como una forma de subjetivación. Durante el siglo XIX dichos suplicios fueron suavizados en apariencia con las denominadas instituciones disciplinares o de normalización, entre ellas la cárcel, la escuela, el psiquiátrico, el orfanato y la fábrica, espacios de corrección y creación de nuevos sujetos útiles y dóciles (Irigibel, 2008). Por lo anterior, la sociedad disciplinaria es un escenario de subjetivación, dado que tiene la

pretensión de generar sujetos favorables para el desarrollo y mantenimiento de la productividad.

En dichos entornos de regulación, la norma interna está alineada a los deseables socialmente determinados, y la persona, vista como prisioner/, enferm/, alumn/, intern/ o trabajador/, es considerada como un eslabón inferior dentro de la jerarquía institucional, desprovista de todo tipo de poder. La disciplina emerge como dispositivo de normalización, derivado de los marcos epistémicos, axiológicos, sociales y principalmente productivos de la sociedad. El sujeto se configura a partir de las reglas institucionales de la instrucción y la disciplina de quienes lo tratan (llámense guardias, personal asistencial o docentes), así como también de la vigilancia ejercida por la estructura misma. En conclusión, el disciplinamiento es visible a través de procesos de estandarización social (Jiménez, 2018).

Durante el siglo XIX, el cuerpo fue visto como un reducto tanto de las regulaciones disciplinares como de las exigencias productivas insertas por el modelo capitalista y los abordajes propios del cientificismo racionalista. El saber positivista desplazó la imagen de Dios y el hombre organizó el mundo objetivando la naturaleza a través de mediciones y cálculos, legislando respecto de ella y de l/s otr/s mediante la tecnología. Adicionalmente, se valió del capitalismo para instalar relaciones de poder soportadas en procesos de subjetivación tendientes al sometimiento y a la normalización de l/s sujetos que serían útiles en tanto dóciles, empleando las instituciones de disciplinamiento para materializar el objetivo de aumentar la fuerza económica, a la vez que disminuir la fuerza política (Giaccaglia et al. 2009).

Justo es en este contexto donde surgió la enfermería moderna, subsidiaria tanto del capitalismo como del positivismo de la sociedad disciplinaria; la profesión fue objeto de intereses estatales que instrumentalizaron el cuerpo de la enfermera y la sometieron al poder autoritario normalizador asignado a los profesionales de la medicina, quienes tenían potestad técnica y epistemológica sobre las personas, más allá de la asistencia de las enfermedades (Irigibel, 2008). La impronta positivista y el poder de disciplinamiento influyó en las subjetividades enfermeras de la modernidad. En este contexto, la regulación social provenía del poder biomédico-estatal, que instituyó una subjetividad heterónoma de la salud, e insertó en el mercado el cuerpo asalariado como un objeto

consumidor de salud (Azevedo & Ramos, 2006). El Estado definió el tipo de actividades en las que las mujeres podían desempeñarse, todas vinculadas con el cuidado/servicio, como es el caso de la enfermería. Los cuerpos de l/s enfermer/s fueron ajustados a través de estrictas normas de presentación personal que les exigían exhibir altos estándares de higiene y pulcritud como muestra de pureza más que de asepsia. El mandato era lucir prolij/s pero poco llamativ/s, manteniendo, en lo posible, la condición de soltería que favorecería la entrega absoluta a la productividad dispuesta a través del cuidado, desde la premisa fundamentada de la negación profunda de sí mism/s (Villarreal, 2016).

La corporalidad de enfermería se instaló al interior del hospital, dentro de una cuadrícula de funcionamiento delimitada por rangos jerárquicos. La actividad asistencial se hallaba regulada a través de rígidos esquemas de horarios que exigían controlar el tiempo para garantizar la eficiencia en el cumplimiento de las responsabilidades. Incluso se idealizó en este sentido que el comportamiento profesional debía modularse con una distancia afectiva durante el acto de cuidado, bajo la idea de que la ciencia enfermera requería menos involucramiento emocional. Las rutinas y secuencias impuestas al cuerpo, que fue visto como una máquina, impulsaron el refinamiento de las técnicas de enfermería, dado que se fundamentaban en acciones repetitivas que eran vigiladas inflexiblemente por el personal médico de supervisión o coordinación. El hospital, máxima institución de disciplinamiento, fue asumido metafóricamente como una fábrica en la que los cuerpos, tanto de l/s enfermer/s como de las personas cuidadas, eran subordinadas a partir del uso de estrategias de homogenización en medio de una lógica medicalizada de mandatos de control (Anzaldúa, 2017).

La primacía del método científico en la enfermería de la época estandarizó la experiencia de l/s profesionales, quienes mantenían un comportamiento de subordinación instrumental, pretendiendo evitar la invasión de l/s otr/s, es decir, de las personas cuidadas, al centrarse en prácticas procedimentales, exhibiendo un firme distanciamiento afectivo. Paradójicamente, este hecho, en vez de protegerl/s, terminó por precipitar fenómenos de alta exigencia emocional (Aguilar, Dorantes & Ortega, 2010). De esta manera las racionalidades pragmáticas, funcionales y objetivas, propias de la normalización positivista, perpetuaron el miedo a la implicación emocional y a la ruptura de la regulación del sistema, hecho que promovió el surgimiento de subjetividades

defensivas en el personal de enfermería, quienes veían que la totalidad de la responsabilidad del acto asistencial recaía sobre ell/s, sin contar con apoyo de sus superiores u otros profesionales. Con algunos matices significativos, esta realidad es aún visible en la actualidad de enfermería (Busanello et al. 2014, Pearson, 2023). Las narrativas de l/s participantes visibilizaron situaciones de alta exigencia laboral en las que la falta de apoyo institucional fue un evento trazador que movilizó sentimientos de indignación, enojo, tristeza e impotencia. Asumir la responsabilidad plena del acto de cuidado sin contar con el respaldo de l/s líderes y la entidad laboral es una vivencia amenazante y desmotivadora.

Sin lugar a dudas, el capitalismo se manifestó en el modelo biomédico positivista al objetivar el cuerpo a partir de la evaluación de su potencial productivo y su capacidad de aporte al sistema económico. Por lo anterior, cualquier persona por fuera de los estándares impuestos por el orden patriarcal, el sistema sexo-género y la sociedad disciplinaria, debía ser inserta en lógicas jerárquicas y rutinas de institucionalización que terminaban por despojarla de su identidad y estigmatizarla, asumiendo la higiene como un medio de control social (Irigibel, 2008; Leonardo, 2022).

Los ejercicios de homogenización impusieron fuertes requerimientos para el cuerpo útil de enfermería, cuya organización de base autoritaria demandó obediencia, servilismo y docilidad de sus integrantes, lo que estableció como esperable dentro de la institución hospitalaria la muestra de actitudes de abnegación y renuncia a la propia emotividad y voluntad (Alves et al. 2011). El control de las subjetividades enfermeras se inició en los procesos formativos desde mediados del siglo XX, herederos de los modelos disciplinarios del siglo XIX ya descritos. La internación educativa garantizó aislamiento y vigilancia, aspectos facilitadores de la normalización. L/s estudiantes disponían de espacios y horarios definidos para desarrollar actividades diarias; la entidad establecía una rutina de sueño, descanso, alimentación, estudio, tiempo para la dedicación a labores administrativas y religiosas, que debía ser llevada a cabo de manera ininterrumpida. El personal de mayor jerarquía, en este caso profesor/s y estudiantes de niveles avanzados, tenía la responsabilidad de hacer cumplir las normas e identificar cualquier desvío singular, penalizado según los correctivos correspondientes (Villarreal, 2016). Bajo este marco, la educación fue introducida en las experiencias de subjetivación con fines de

disciplinamiento. En los centros formativos sucedieron tanto procesos de individualización como de totalización homogenizadora, l/s futuros profesionales se sentían simultáneamente autogobernados y pertenecientes a comunidades académicas donde otr/s l/s gobernaban. No obstante, el poder de la normalización obligó a la estandarización, dado que la norma es funcional para eliminar la singularidad de las personas, ocasionando que la desviación fuese sancionada. (Hernández, 2016).

En este sentido, hospitales y centros educativos dotaron de significado a los cuerpos en razón de su utilidad. L/s enfermer/s encarnaron la dualidad de ser sujetos controlados a la vez que dispositivos de regulación. En su rutina fueron clasificadas y debieron clasificar, diferenciando lo normal de lo patológico, equiparable con lo improductivo. La subjetividad mecanizada de enfermería atendió de forma fría, distante y apegada a protocolos técnicos, fijó el cuerpo asistido a una monitoria constante que le examinó de forma casi ritual y descontextualizada. L/s enfermer/s, en consonancia con las lógicas positivistas del disciplinamiento y el eficientismo, custodiaron a las personas vulnerando su intimidad e identidad al asumirlos como cuerpos fragmentados y dóciles. Tal muestra de cosificación había sido corporalizada, es decir, cuerpos, ideas y conductas fueron influidos por el disciplinamiento durante la experiencia educativa (Azevedo & Ramos, 2006).

Por lo anterior, es posible afirmar que la impronta positivista y capitalista llevó a que la enfermería de la sociedad disciplinaria se convirtiera en una técnica concentrada en corporalidades, sobre las cuales ocasionó efectos individualizadores a través de manipulaciones del cuerpo, visto como un foco de fuerzas útiles y dóciles al mismo tiempo. Adicionalmente, es válido resaltar los efectos que las jerarquías normalizadoras han inducido sobre las subjetividades enfermeras, insertas en una especie de cadena de actos de sometimiento. Esto termina por replicar en las personas cuidadas y el personal subalterno la regulación de la cual estas mismas subjetividades han sido sujeto por parte del poder biomédico estatal.

Durante las entrevistas, l/s participantes manifestaron quejas respecto de la confrontación que genera la propuesta normalizadora sobre enfermería. El malestar emerge en medio de la tensión de l/s enfermer/s, quienes resienten las consecuencias que la adopción de las lógicas racionalistas ha ocasionado sobre la identidad subordinada

de la enfermería, sometida a enfoques eficientistas cada vez más refinados que hacen parte de un sofisticado sistema de disciplinamiento productivo. L/s profesionales aceptan que la vinculación a dicha mirada hegemónica les permite mantener un cierto nivel de status y obtener réditos económicos en medio de un aparente ejercicio de poder y autonomía científica. Indudablemente, las instituciones disciplinarias controlan las interacciones formativas y laborales, lo cual reduce la autonomía de l/s enfermer/s en medio de escenarios de competencia y regulación e impide el reconocimiento del significado político y social de estos espacios. Las voluntades se subsumen a los intereses de producción, con la sujeción económica establecida como un factor determinante en el control que las entidades ejercen sobre la enfermería. Frecuentemente, el hospital termina por orientar las prioridades laborales enfermeras, relaciones que no siempre están asociadas con acciones de cuidado (Busanello, Lunardi & Kerber, 2013).

Así, la naturalización de la opresión ha influido en las subjetividades enfermeras hasta nuestros días por medio de una determinación de la represión afectiva y el silenciamiento ideológico, factores que conllevan a la emergencia de resentimientos dirigidos a la realidad formativa y laboral. La propuesta positivista prometió ser el camino que la enfermería debía recorrer para lograr la transición de oficio a ciencia. No obstante, dicho marco centró la profesión en lógicas determinísticas que eliminaron cualquier tipo de vinculación emotiva con las personas cuidadas; se promovieron ejercicios de supervisión sobre estas y sobre otr/s profesionales, lo que derivó en un silenciamiento, no sólo de la naciente voz científica de la enfermería sino, incluso, de las voces de sus propi/s integrantes. El disciplinamiento impide que el acallamiento sea vislumbrado como un lugar común a partir del cual se pueden movilizar transformaciones sustanciales, que liberen la profesión del automatismo heredado desde la modernidad (De vita & Benavidez, 2018).

El saber enfermero ha sido descalificado y se encuentra sometido, según Foucault, al interior del modelo biomédico positivista imperante. La enfermería se ha construido en clave de sometimiento, de encasillamiento en la rigidez de los sistemas sanitarios hegemónicos y con desarrollos intelectuales subordinados. Si bien la posición de l/s profesionales favorece la cercanía con las personas, su interacción ha sido

instrumentalizada a través de una medicalización de la vida como estrategia de reproducción del sistema capitalista; en este espacio, las personas, incluid/s l/s enfermer/s, pierden su autonomía al asumirse como sujetos de producción (Irigibel, 2008).

Históricamente, la enfermería es una profesión cuyas lógicas educativas, asistenciales e investigativas han permanecido altamente apegadas a las propuestas de la sociedad disciplinar, al paradigma biomédico positivista y al modelo capitalista. Para el filósofo contemporáneo Byung-Chul Han, estamos inmersos en un nuevo tipo de sociedad que el autor ha denominado como *sociedad del rendimiento*; Han (2022) señala que el sobredimensionamiento de la productividad capitalista ocasionó un exceso de positividad del sujeto; es decir, la persona cree que puede hacer todas las cosas que se propone y, dado que ya está disciplinada, el rendimiento sólo le reclama que se comprometa con ser más rápid/ y más productiv/, lo que deriva en un ejercicio irrestricto de maximización de la eficiencia a través de la autoexplotación.

L/s profesionales insistieron en la presión social que les obliga a actuar para posicionarse como personas con un elevado poder adquisitivo. Esto es, la sociedad del rendimiento está sistematizada y promueve un poder sin límites que expone a las personas a multiplicidad de estímulos, informaciones, impulsos, proyectos, iniciativas y motivaciones que l/s mantienen en un constante estado de hiperactividad.

Dicha sociedad propone un escenario pleno de información al cual se puede acceder bajo el principio de la libertad y la transparencia mediante la difusión en redes informáticas que vuelven mercancía la vida humana, en tanto hipervisibilizan sus experiencias de forma casi pornográfica. Estas prácticas aportan datos desnudos, sin forma ni contexto, que responden a un sentido de inmediatez y desestiman todo tipo de pausa asociada con construcciones ceremoniales, rituales y narrativas como actos generadores de sentido. Contradictoriamente, el dato que es calculado, codificado y divulgado no ayuda a la explicación del mundo ni a la construcción de la verdad (Han, 2022).

Al igual que en la sociedad disciplinar, donde l/s sujetos se apropiaban de la propuesta estandarizadora a partir del miedo, el ser del rendimiento, en apariencia incansable, a partir del total convencimiento en sus propias capacidades se autoimpone

elevadas metas de productividad que, de no ser alcanzadas, lo llevan a experimentar sentimientos de fracaso y desarrollar estados depresivos. En general, las personas de la sociedad del rendimiento actúan por una aparente motivación personal, pero viven en fugacidad en medio de una experiencia efímera en la que son esclavas de la propia angustia de producción, la que instala los gimnasios, las torres de oficinas, los bancos, los centros comerciales y los laboratorios genéticos como las nuevas entidades de rendimiento (Han, 2022).

Desde finales del siglo XX, l/s profesionales enfermer/s se interesaron no sólo por ser útiles y obedientes, sino además por aguantar a toda costa las exigencias corporativistas (Lusnich, 2011). El giro hacia la enfermería del rendimiento está fuertemente influenciado por la importación de valores comerciales adscritos a la práctica laboral de enfermería en entornos asistenciales, administrativos, educativos e investigativos. El cumplimiento de indicadores de gestión y el logro de certificaciones nacionales e internacionales sobrecargan a l/s enfermer/s, quienes se obligan hacia dichos compromisos y terminan por cumplir infatigablemente todos los requerimientos que les presenta la institución (Dotti, Font & Torres, 2014). Si bien en la sociedad disciplinaria el distanciamiento afectivo era la condición sine qua non para la consolidación del perfil profesional de enfermería, en la sociedad del rendimiento cualquier acción que conduzca al dialogo y a la vinculación emocional es vista como un aspecto poco atractivo para el enfoque mercantilista, ya que afecta negativamente el logro de la máxima productividad.

La comercialización de la salud deviene en procesos de especialización fragmentada, racionalidad instrumental, derivación de responsabilidades y ocultamiento de padecimientos subjetivos, por mencionar algunos eventos que emergen ante la negación de experimentar cansancio del ser de rendimiento. La fatiga es vista como sinónimo de incompetencia, por lo que la enfermería se vale de la apuesta por la extrema tecnificación, aun cuando esto impacte de manera negativa las prácticas de soporte afectivo que, como he mencionado, no tienen ningún tipo de reconocimiento dentro de los esquemas comerciales. En busca del logro de los indicadores, l/s enfermer/s tienden a desplazar las prácticas colectivas para encasillarse en trabajos solitarios y silenciosos

que llevan al aislamiento, labores valoradas en la medida en que conducen a mayor productividad (Lusnich, 2013).

Dado que la sociedad del rendimiento está ligada con prácticas que aparentemente promueven la transparencia, l/s profesionales enfermer/s pueden llegar a exteriorizar quejas sobre el malestar que experimentan en sus ambientes laborales; sin embargo, la queja se vuelve un dato frío, carente de contexto, de forma que pierde el sentido de denuncia que la acompaña (Lusnich, 2013). En el disciplinamiento, la queja podía llevar a procesos de estigmatización, ya que tal manifestación rompía la homogenización propia de dicho enfoque; la respuesta del sistema consistía en aplicar mayores acciones de control. Bajo el enfoque de rendimiento, la persona visibiliza la situación y, aunque la entidad no la resuelve dado que transforma el sufrimiento en estadística, se considera surtido el trámite. Este, en última instancia, termina por responsabilizar directamente a l/s profesionales, quienes desarrollan con frecuencia malestares de orden psíquico. Es decir, el rendimiento permite la queja como un elemento que integra sus indicadores, y puede artificiosamente movilizarla para proyectar la imagen de reconocimiento.

El disciplinamiento y el rendimiento tienen en común el impulso capitalista que, promovido inicialmente de manera heterónoma por el Estado y demás instituciones de poder, filtró la corporalidad enfermera a través de las instituciones normalizadoras educativas, hospitalarias y laborales, influyendo de manera importante en la generación de subjetividades acalladas y poco interesadas por el abordaje histórico, cultural, narrativo y afectivo de las personas. Posteriormente, la máxima de productividad se incorporó en el ser mismo que, aunque se cree integrado en un sistema de mayor libertad, realmente está privado de la palabra y la interacción bajo el yugo de su propia exigencia inmedatista, concentrada en el rendimiento y la figuración.

Recientemente, a partir del siglo XXI, la enfermería está asumiendo una serie de propuestas vinculadas con el empleo de los relatos biográficos y la deconstrucción de los silencios como estrategias para resignificar tanto los procesos de subjetivación como las subjetividades en la enfermería. Según Ariza (2022), es necesario intervenir la promoción de la neutralidad afectiva que los sistemas de poder han suscitado dentro de los diferentes ámbitos sociales. El discurso debe examinarse para identificar mandatos de

negación o restricción emocional, en la medida en que, como he referido, cargamos con una impronta de disciplinamiento y rendimiento que nos mantiene cooptad/s en un escenario de negación afectiva o de sobredimensionamiento del abordaje individual de los sufrimientos. Se escucha con mayor frecuencia que cada persona debe desarrollar habilidades de inteligencia afectiva para superar por su propio esfuerzo cualquier malestar que, dicho sea de paso, ha sido totalmente sancionado. Es decir, acudimos a una suerte de naturalización del dolor y una profundización del acallamiento bajo consignas de entrenamiento emocional, como garantía de máximo rendimiento.

Todo ello se expresa en las narrativas hegemónicas en la ciencia de enfermería y sus maneras de enunciación, colmadas de discursos en tercera persona, relaciones formativas y cuidativas colonizadas por interacciones que replican en lo micro las limitantes exigencias emotivas provenientes de lo macrosocial. Se estila abogar por el formalismo y una supuesta neutralidad emocional, suprimiendo los pronombres personales que, por el contrario, son ampliamente empleados en la narración biográfica, en respuesta contrahegemónica al control que el sistema ha efectuado sobre las subjetividades (Ariza, 2022).

La importancia de los actos narrativos es precisamente que permiten reinterpretar el pasado desde un presente; el relato biográfico instala unas verdades que entran lo individual y lo colectivo, a la vez que valora los silencios porque comprende que ante situaciones emocionales de alto impacto la historia introduce compases que develan marcas contundentes de lo siniestro y permiten que como grietas, dichas mudeces sean cobijadas por el acompañamiento colectivo. De allí que la narrativa hegemónica del rendimiento deba ser agrietada por las historias biográficas de quienes construyen las prácticas y saberes en enfermería.

Ponerse en primera persona es un acto emancipatorio, de voluntad, libertario, que no debe instrumentalizarse al servicio de la victimización y la culpa, emociones subsidiarias del sistema. El pronombre personal da agencia, promueve pertenencia porque permite reconocer y colectivizarse con otros yos que pueden constituir un nosotros, tal que este entramado se constituye como una acción que busca la reconfiguración anímica y la esperanza (Ariza, 2022).

Las jerarquías propias de los sistemas de estandarización y el aislamiento característico de las sociedades de rendimiento han eliminado el encuentro narrativo: se establecen diálogos sobre situaciones de orden laboral, al margen de eventos personales de implicación afectiva; la alienación expresiva y la restricción del encuentro han sido empleadas como acciones de sometimiento, por lo cual resulta disruptivo dar lugar a las pausas, los silencios y al entre nos del cuidado. La formación en enfermería promovió nuestra obediencia, las instituciones disciplinarias nos instrumentalizaron formando una idea social de cuerpos abnegados y silentes (De vita & Benavidez, 2018). Ante esto, la respuesta se trata, entonces, de desalinearse y desadaptarse para gestionar reflexiones profundas desde el sentir y la autobiografía.

En síntesis, la subjetivación en enfermería ha estado fuertemente influenciada por el disciplinamiento hegemónico positivista, capitalista y patriarcal, en que la heteronormatividad y el control cultivan subjetividades útiles, dóciles y alienadas. Los arquetipos de la madre y el héroe/heroína emergen bajo mandatos patriarcales impuestos por la división sexual del trabajo que confinó el cuidado y las emociones a la mujer en el espacio privado del domicilio, lo que limitó su opción de participar en la vida pública. La mujer fue subjetivada como ser inferior y pasional, en tanto el hombre fue redimido en su superioridad, de la mano del ejercicio racional. Vencer los siglos de subjetivación sometida y subordinada connota para la enfermería una tarea del presente siglo que será posible a través de la reivindicación de los relatos biográfico afectivos y el impulso de encuentros colectivos como ejes de la creación de subjetividades reflexivas, complejas, creativas, diversas, solidarias y contrahegemónicas.

### **3.4. Narrativa biográfica y emociones: el reto de colectivizar los afectos en la enfermería**

Recorrer las narrativas biográficas en busca de las emociones en la práctica y la vida de l/s enfermer/s me mostró que estas suelen acallarse y controlarse, vistas como cargas individualizadas y patologizadas que cada quien encapsula y/o resguarda. Los afectos tienden a negarse, tal que se constituyen prácticas de control cuyo horizonte es el eficientismo. En este contexto, la posibilidad de colectivizar los afectos como una forma asociativa de cuidado mutuo entre profesionales y entre est/s con las personas cuidadas

y sus familias se vuelve un reto que aún hoy está por asumirse en entornos formativos y laborales.

Múltiples autores han señalado que somos seres inminentemente discursivos, productores de relatos biográficos derivados de la vida o acción humana (Ricoeur, 1997), en los cuales se representan sucesos, pensamientos, emociones y reflexiones (Ochs, 2000) que son permanentemente significados e interpretados (White, 1987). De hecho, la narración y la enfermería comparten una misma base relacional comunicativa. Contar historias es una manera particularmente efectiva de aprovechar el impulso humano natural de relatarse para crear vínculos y vivencias cuidativas reveladoras, tanto para l/s profesionales enfermer/s como para las personas cuidadas (Lee, Fawcet & DeMarco, 2016). Como señala Arfuch (2002), el espacio biográfico se torna simbólico, terapéutico y requiere del silencio como un elemento cómplice que alienta el nacimiento de la persona como ser narrativo, en tanto da lugar al tiempo en el devenir del relato. El silencio narrativo es un espacio de emergencia para la creación, la resignificación y sobre todo para la expresión de la unicidad de cada ser de la cual surgen ipseidades sanadas. Esto es totalmente contrario al silenciamiento coligado al acallamiento forzoso.

Dicho acallamiento se relaciona con el silenciamiento emocional y narrativo propio de las sociedades actuales que anula el surgimiento de patrones característicos de los campos humanoambientales que precisamente definen la particularidad de cada ser, misma que involucra no sólo aspectos biofisiológicos, sino además un amplio espectro de manifestaciones humanas como emociones, relatos, significados y sentidos.

La naturaleza biográfica, interactiva, comunicacional y afectiva, tanto de la narración como de la enfermería, son consonantes con la necesidad de colectivizar los afectos como una manera de asumir la emotividad desde una construcción simbólica intersubjetiva para la creación de identidad y sentido político de las personas. Este último planteamiento se ha inspirado en la noción de comunidades emocionales, que autores como Maffesoli (2004), Rosenwein (2006), Jimeno (2010) y Camps (2011) presentaron hacia finales del siglo XX.

Maffesoli, sociólogo francés, refiere en *El tiempo de las tribus: el ocaso del individualismo* en las sociedades posmodernas (2004) que todo conjunto social posee un fuerte contenido de sentimientos vividos en común, los cuales están anclados en el

espacio y las condiciones que comparten para devenir en tal entorno. Para el autor, de los grupos emanan éticas que son empáticas y proxémicas, en la idea de que si bien la historia puede promover una moral, una política, es el espacio el que favorece una estética y una ética. El hecho de poder tener una experiencia afectiva en común pasa por el descentramiento individual de la vivencia dentro de un sujeto colectivo. Bajo esta mirada, no se privilegia lo que cada persona adhiere de forma voluntaria, sino lo que es emocionalmente común para todos los integrantes. Para Maffesoli, la producción de un aura estética propia que secreta una ética gracias a la afectación en común desde la proximidad es lo que llama comunidades emocionales (Peláez, 2020).

Para el desafío de lograr colectivos afectivos en enfermería resulta de gran utilidad el reconocimiento de la influencia que el espacio emotivo común ejerce sobre la construcción de una ética y estética singular. Como es comprensible, las dinámicas, tanto en los procesos formativos como en los laborales, varían de forma importante según los grupos en los cuales se está inserto. El malestar que pueden referir l/s profesionales de diferentes servicios ante fenómenos, que bien pueden ser comunes al interior de la profesión enfermera, demanda una sensibilidad especial que debe atenderse ante las situaciones particulares de cada entorno. Se trata entonces de reconocer a partir de lo propuesto por Maffesoli, que en medio de la vivencia emotiva común, los contextos definen unas formas particulares de resonar entre sus integrantes. También adhiero al elemento proxémico que para los colectivos afectivos, más allá de representar un encuentro grupal, implica una apertura biográfica, afectiva y narrativa desde la proximidad emocional.

Rosenwein, historiadora estadounidense en su obra *Emotional Communities in the Early Middle Ages* (2006), introduce una crítica a los principales estudiosos de las emociones, Huizinga, Frevbre, Elias y los Stears, enfocada en la dualidad que señalaron dichos autores; de una parte la premodernidad entendió las emociones como impulsos incontrolables que sometían e infantilizaban a los seres humanos, frente a la madurez emocional de la modernidad, en donde los sentimientos debían ser controlados bajo severos regímenes de sometimiento a las pasiones. Para Rosenwein, la comunidad emocional alude a un grupo de personas (familias, parroquias, monasterios, etc.), adheridas a las mismas normas de expresión emocional, que valoran o desvirtúan los

afectos según sean éstos consonantes con los de la comunidad. La comprensión de los afectos en dichos grupos pasa por la consideración tanto de la narrativa oral y escrita como de la gestualidad y las prácticas cotidianas de los integrantes (Medina, 2015).

Desde lo planteado por Rosenwein, los colectivos afectivos de profesionales enfermer/s se alinean con su propuesta de grupos circunscritos a un área específica que se reúnen ante diversidad de situaciones emotivas comunes, respecto de las cuales asumen como referente valorativo una misma normatividad afectiva. De hecho, este enfoque ha sido empleado en México con un grupo de periodistas que construyeron una comunidad emocional desde la vivencia de miedo asociada con situaciones de amenazas y muertes constantes (López & López, 2017).

Camps, filósofa española, en su libro *El Gobierno de las Emociones* (2011), reconstruye el estrecho vínculo entre emoción y razón en la filosofía moral y política, soportando sus argumentos en Aristóteles, Spinoza y Hume. Para la autora, dicho vínculo constituye la sensibilidad moral del sujeto, o lo que Aristóteles llamó carácter, allanando desde este enfoque la dualidad impuesta sobre tales categorías. Camps señala que las emociones son formas de conocimiento y valoración de la realidad; indica que la educación afectiva no es un asunto individual sino de orden colectivo, dada la naturaleza moral de la misma, por lo que su cultivo se constituye en una cuestión de ética pública (Peláez, 2020) cuya función política las ubica como la base para el discernimiento entre el bien y el mal. Los vínculos democráticos y sociales, según la filósofa, se soportan en la educación moral como fundamento de las virtudes cívicas dispuestas para movilizar los intereses públicos (Peláez, 2020).

Tanto para Ahmed (2015) como para Jimeno (2011), las emociones no son exclusivas de una persona, sino que hacen parte del campo social. Para esta última, la violencia como experiencia biográfica puede movilizar a personas que han vivido una situación específica a compartir sus afectos y ponerlos a circular como acciones políticas; estas pueden vincular a quienes tuvieron directamente la experiencia y también a quienes escuchan para constituirlos/s como integrantes estratégicos de la comunidad emocional. La autora reconoce que los testimonios actualizan las emociones tanto de quienes las viven como de quienes las escuchan, lo cual genera resonancias que ocasionan afinidades más allá del tiempo y el espacio en una temporalidad narrativa, tal como propone Ricoeur

(2003). Dicha comunidad no es homogénea, está permeada por jerarquías étnicas, de clase, de género, educativas, entre otras, cuyas diversidades deben ser declaradas y asumidas.

En particular, la propuesta de Jimeno ha resultado significativa para mi planteamiento de colectivizar los afectos; por un lado, por el enfoque social de las emociones que presenta la autora y, por el otro, porque privilegia la narrativa en su diversidad oral, escrita, expresiva y performativa. Jimeno reconoce la no homogeneidad de los grupos y la permeabilidad que tienen éstos a la influencia de las jerarquías y los ejercicios de poder entre l/s participantes, hecho que conecta con la realidad de l/s colectiv/s enfermer/s que, aunque tengan vivencias en común, son de base diversa. Dado el énfasis que dispone a lo narrativo y expresivo, además del alcance ético y político que derivan de la integración grupal, encuentro inspiración en la propuesta de Jimeno, ya que orienta a los colectivos afectivos de enfermería desde la promoción de iniciativas que resignifiquen las emociones, creen símbolos compartidos y se entremen en procesos permanentes y prolongados de trabajo discursivo y práctico en torno al cuidado.

Desde el dialogo con l/s autor/s anteriormente referid/s, es posible afirmar que colectivizar los afectos a partir de la unicidad biográfico narrativa deviene para la enfermería en un acto político, en la medida en que permite el cultivo de una voz y una postura específica ante la vivencia de situaciones emocionales comunes. No obstante, asumo con precaución el término comunidad, usado de manera frecuente para referirse a cuerpos sociales homogéneos y de alguna manera armónicos.

La *Gemeinschaft* o comunidad fue introducida como noción por Tönnies en el año de 1887, haciendo referencia a un tipo de organización social inspirada en el modelo de lazos familiares y posiciones sociales heredadas, insertas en relaciones personales de intimidad y confianza (Tönnies, 2001). El autor apunta con este término a una sociedad idealizada en la que es central la vecindad, el conocimiento entre sus miembros, la pertenencia a un territorio definido y la ordenación de las experiencias compartidas a partir de valores divinamente inspirados o legitimados por la tradición y la historia. Este origen lleva a que la palabra comunidad sea usada preferencialmente para aludir a grupos de características similares entre sus integrantes, aplicable en escenarios de salud, educación, política, entre otros. Se ha podido observar que l/s integrantes de dichas

comunidades por lo regular ocupan un lugar pasivo frente a la toma de decisiones, entre jerarquías no declaradas que imponen una perspectiva proteccionista, de coacción y sometimiento que crean una ilusión de igualdad y que desestiman los conflictos y tensiones de poder (Alvaro, 2010).

En contraste con el término comunidad, acudo a explorar la noción de colectivos, expresión que señala interacciones comunicativas entre personas que han tenido vivencias similares y que optan por la colectividad como mecanismo para el logro de fines conjuntos (Delgado, 2009). Bajo este enfoque l/s integrantes generan cohesión entre sí, asumiendo diferentes maneras de organización desde principios que no se amparan en la tradición o en la divinidad. La colectividad se libera de cualquier compromiso con la cristalización de formas sociales y recoge, por el contrario, la emotividad que se dispone en el escenario público para dar lugar a la creación de identidad desde el discurso y la representación.

En los colectivos no existe nada terminado ni definido y se aprecia la participación y los aportes diferentes que hace cada persona que no renuncia a ser quien es, a la vez que se siente en la capacidad de introducir elementos que le permiten renovar su identidad como sujeto narrativo. En consonancia con Arendt (1993), la noción de colectivos refuerza el argumento de que la esfera pública tiene innumerables perspectivas y aspectos en los que se presenta un mundo en común, para el que no cabe una sola medida o denominador. Esto común, que no es comunidad, puede encontrarse en prácticas sociales compartidas, como es el caso de las prácticas de cuidado profesional.

Colectivizar los afectos pasaría por reconocer que l/s profesionales enfermer/s comparten vivencias emocionales tanto de su vida personal como profesional; este reconocimiento debería tener apertura a la heterogeneidad y lo diverso, además de admitir formas narrativas plurales como parte de las formas comunicativas. Los colectivos proponen una visión mucho más amplia y flexible en su abordaje del fenómeno humano de encuentro y juntanza, coherentes con la propuesta del giro afectivo antes descrita y su apuesta por un acogimiento desde la unicidad de cuerpos que se emocionan y emociones que se encarnan. Los colectivos afectivos que sugiero como estrategia de cuidado a partir de la unicidad biográfico narrativa son, entonces, diversos, incluyentes,

creativos, interactivos, simbólicos y de naturaleza intersubjetiva. Consideran las influencias que los espacios insertan en las experiencias éticas y estéticas de l/s integrantes, así como las dinámicas de proximidad y la construcción de identidades que se soportan en diversas narrativas, en las que emerge la postura política del colectivo con su potencial emancipatorio, no solo personal, sino también de la misma profesión enfermera.

En resumen, los colectivos afectivos articulan las subjetividades, el entre nos cuidadoso y los relatos biográficos en un ejercicio de resignificación y construcción de identidades, mediadas por vivencias emotivas de profesionales enfermer/s que se entienden en vínculo e interdependencia y generan relaciones de cuidado mutuo, donde las emociones operan como mediadores éticos y políticos.



#### 4. Conclusiones

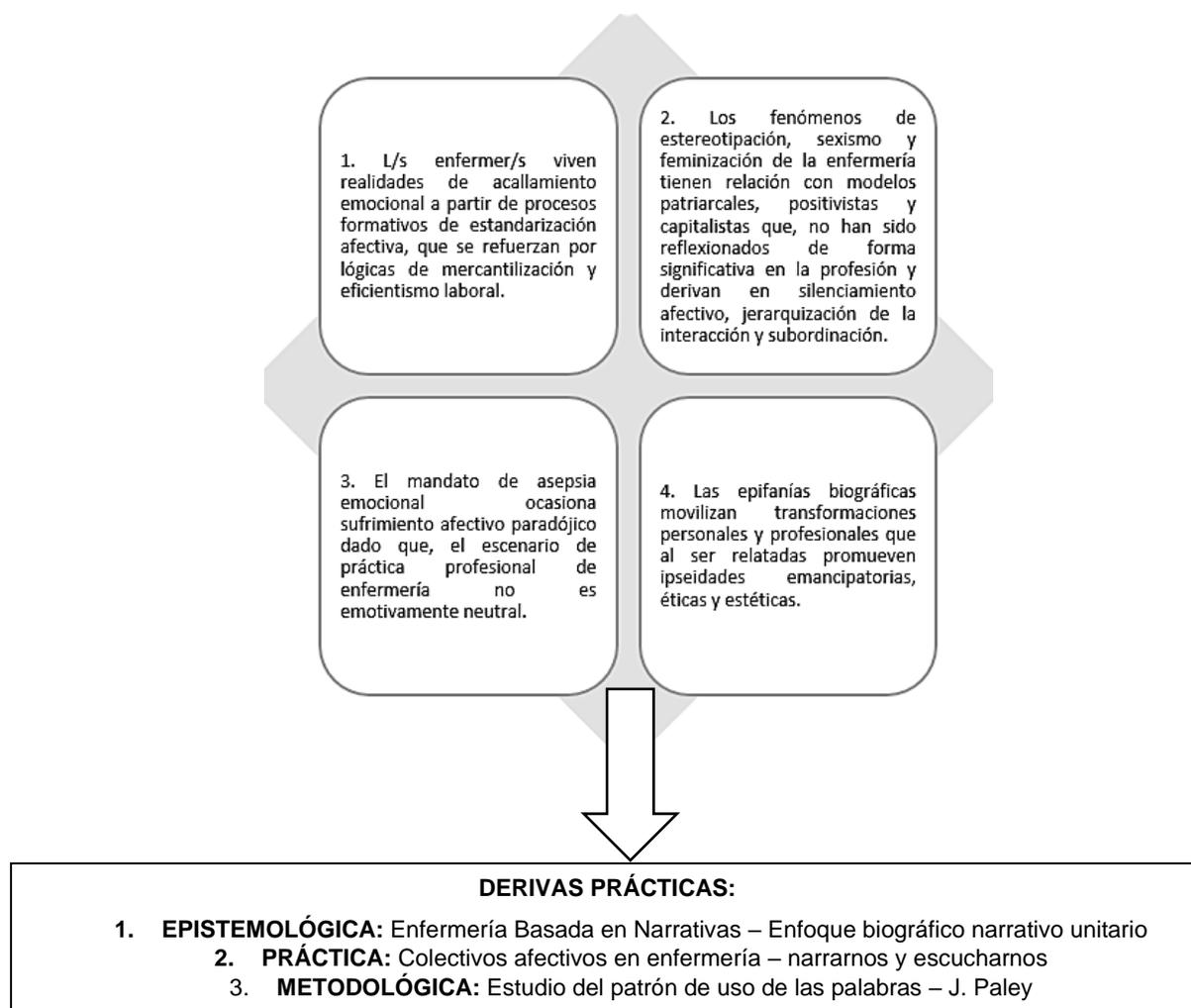
Fueron pasiones las que me trajeron aquí. Emociones que sentía, veía, escuchaba, palpaba e incluso saboreaba; por las que reía, lloraba, lamentaba, me indignaba. Esta investigación fue hecha con la intención de afectar porque, como se ha develado a partir de los relatos biográficos de l/s participantes, los afectos componen, descomponen, remueven, conmueven y recomponen la vida personal y colectiva. La narrativa permite reconocer el entramado emotivo que acompaña la biografía humana, donde el relato es un acto de resistencia a los poderes hegemónicos positivistas, patriarcales y capitalistas que por siglos han disciplinado los cuerpos y las subjetividades enfermeras a través del acallamiento de sus emociones, entre otros mecanismos.

Al iniciar esta vivencia me pregunté: ¿qué tramas emocionales emergen en los procesos de cuidado de l/s profesionales enfermer/s? Adicionalmente, consideré algunos cuestionamientos subsidiarios: ¿qué lugar tienen las emociones en la trayectoria biográfica de l/s enfermer/s?, ¿qué aspectos de dicha trayectoria han dejado huellas emocionales significativas?, ¿de qué manera las experiencias afectivas de la biografía personal son actualizadas en las prácticas de cuidado?, ¿existen servicios donde estas actualizaciones tomen mayor relevancia? Estos interrogantes han sido abordados a lo largo del escrito y los traigo de vuelta en el marco de las reflexiones al cierre del proyecto, con el afán de dejar explícitos los aprendizajes de esta tesis doctoral. Sintetizo los principales aportes al campo de la enfermería desde tres aristas: en primer lugar, un aporte epistemológico que entra en diálogo con formas de producir conocimiento en enfermería que incluyan las biografías, las emociones y los relatos para un acercamiento renovado a la Enfermería Basada en Narrativas (EBN), que reconoce la unicidad de las personas, tanto de l/s profesionales como aquell/s a quienes cuidamos; en segundo lugar, un aporte a la praxis desde la necesidad de colectivizar los afectos en la enfermería que pasa por los procesos de formación, pero también por la misma potencia de la comunidad de práctica de cuidado profesional; finalmente, el aprendizaje metodológico relacionado con el patrón de uso de las palabras desde la propuesta de John Paley que logramos aprehender en esta experiencia académica y que muestra un valor promisorio para la

producción de conocimiento enfermero; en este sentido, se constituye igualmente en un aporte de tipo epistemológico.

La presente investigación me ha permitido, desde la comprensión de las tramas emocionales presentes en las trayectorias biográficas de l/s enfermer/s, reconocer renovaciones epistemológicas en clave decolonial, inspiradas en abordajes biográfico narrativos desde la unicidad en la medida en que guardan en sí mismos el poder transformador que encarna el relato de historias de vida, escenario en el que los afectos cobran un lugar central para la dinamización de las experiencias colectivas de sanación y reconstrucción de potenciales identidades emancipatorias de l/s enfermer/s. **La Figura 6 presenta de manera estructurada las conclusiones identificadas en el marco de la ejecución del proyecto:**

**Figura 8. Compilación de conclusiones**



## 4.1 Preámbulo

La enfermería es una profesión emotiva transversalizada por los afectos, patrones característicos de la unicidad de cada persona que aportan sentido a multiplicidad de experiencias dispuestas en el acto de cuidar. Sin embargo, al igual que el cuerpo femenino y el cuidado, los afectos han sido estandarizados bajo el influjo opresivo de mandatos patriarcales, heteronormativos y eficientistas que los han silenciado. El acallamiento emocional devino como resultado de una amalgama de acontecimientos tendientes a la homogenización social y profesional. La mujer que había sido relegada al confinamiento del espacio doméstico y a la instrumentalización de su corporalidad, en razón de su potencial reproductivo y de crianza, fue restringida en su emotividad, en la espera de que lo femenino exhibiera conductas maternas, de abnegación y sacrificio. Lo contrario a lo establecido por el sistema sexo-género, se oponía a lo naturalmente productivo y, en esta línea de ideas, debía ser corregido por la institucionalización y medicalización.

La enfermería se subsumió en estas lógicas que determinaron que la pregunta por las emociones se eliminara o se considerara asumida e integrada en la profesión. No resulta sorprendente, entonces, que las tramas emocionales de l/s profesionales participantes en la investigación visibilicen la naturaleza estructural que ha orientado la sanción de los afectos y que ha llevado a la pervivencia de modelos biomédicos positivistas que perpetúan el silenciamiento y disciplinamiento emocional sobre las actuales lógicas de cuidado de enfermería, inundadas por enfoques centrados en el rendimiento. Es decir, más que un problema de investigación profesional, estamos hablando de eventos de orden macro estructural que tienen relación con aspectos epistemológicos, sociales, económicos, educativos, éticos y políticos. Si bien los afectos dotan de sentido tanto las trayectorias de vida personal como profesional de l/s enfermer/s, son también instrumentos de regulación administrados por el poder.

Según Ricoeur (2001), la trama hace alusión al conjunto de combinaciones mediante las cuales los acontecimientos se transforman en una historia o relato con sentido; es decir, la trama es un mediador de sentido. Por su parte, la enfermería acompaña a las personas en diferentes momentos de su experiencia de vida en medio de situaciones de salud, enfermedad, recuperación, mitigación y muerte, por lo cual el

cuestionamiento por las tramas emocionales emergentes en los procesos de cuidado, resulta ser un interrogante por el sentido que indudablemente nos lleva al encuentro con lo trascendental, mediado a través de los afectos propios de la experiencia biográfica narrativa, que involucra tanto a l/s profesionales, como a las personas cuidadas.

A través de los relatos pude comprender que, en la enfermería como en las trayectorias biográficas de l/s participantes, existen cuatro grandes situaciones que consolidan tramas de sentido y están relacionadas justamente con los aspectos comunes señalados en las metanarrativas. El primero de ellos aborda los cuestionamientos y la consideración de elementos asociados con el género en la enfermería, el segundo descubre la tensión persistente derivada de la dualidad vida-muerte experimentada en los espacios de cuidado, la tercera situación se relaciona con el adoctrinamiento afectivo introducido por las hegemonías capitalistas y positivistas, que buscan maximizar la productividad de l/s profesionales; en particular, estas tres tramas han sido determinantes para la instalación y profundización de la escisión afectiva que la enfermería ha cargado por siglos, dado que propone fuertes exigencias entre los ideales de cuidado humanizado y los estándares de homogenización dispuestos al servicio del poder. Una cuarta trama orbita alrededor del reciente interés que se percibe en la enfermería por recuperar la voz de l/s profesionales y las personas cuidadas, a través de la promoción del encuentro colectivo en torno a los afectos, dinamizado por estrategias biográfico narrativas en el marco de la unicidad, entre otras posibilidades.

El panorama que hasta ahora he mencionado relievra el mandato de silenciamiento emocional impuesto a la mujer y a la enfermería que conllevó a que la emotividad ocupase un lugar secundario en la vida personal y la experiencia cuidativa de l/s profesionales. No obstante, durante los encuentros biográficos los afectos se ubicaron en un lugar central en los relatos que fueron guiados, en su emergencia y presentación, justamente a través de diversidad de patrones emotivos de alegría, tristeza, indignación, indiferencia, minusvalía, frustración, esperanza y consuelo, entre otros. Al inicio de la experiencia, l/s profesionales intentaron mantener la emotividad en el restringido espacio que social e históricamente se ha destinado para esta. Sin embargo, la palabra agrietó las contingencias, y las resonancias durante los encuentros favorecieron no sólo la aparición de los afectos sino, además, su reconocimiento y validación. En general, l/s

participantes fueron asaltad/s por una suerte de epifanía emocional que cursó en medio de los relatos. La mayoría de l/s enfermer/s manifestaron sorpresa, a la vez que una actitud de reflexión, respecto de momentos relevantes de la propia biografía.

Indudablemente, la experiencia afectiva está dispuesta en el acto de cuidado, en medio del cual son comunes los fenómenos de actualización emocional que llevan a que l/s profesionales revivan situaciones de su biografía personal en el marco de la práctica profesional. Para la gran mayoría de l/s participantes, estos sucesos tenían el potencial de poner en riesgo el profesionalismo de enfermería, ya que consideraban que la emoción podía nublar el juicio al momento de brindar la atención. No obstante, a través de las actualizaciones relatadas l/s profesionales lograron identificar que sus vivencias y aprendizajes podían ser puestos al servicio de personas cuidadas y de sus familiares, quienes cursaban tránsitos por eventos similares. De alguna forma, dichas actualizaciones sirvieron para establecer puntos de encuentro intersubjetivo entre profesionales, personas cuidadas y sus familiares que afianzaron los vínculos empáticos creados durante las interacciones y demolieron, en parte, el mito de la no implicación afectiva como condición para exhibir una apropiada actitud científica.

Es común encontrar en la literatura de enfermería que existen servicios señalados como de mayor impacto por la exigencia emocional que representan para l/s enfermer/s. Durante las entrevistas l/s profesionales dejaron claro que independientemente del área asistencial, los afectos están presentes en todos los ámbitos e interacciones y las demandas emotivas se relacionan con la significación particular y única que se teje en cada acto de cuidado. Puede tratarse de pequeñas o grandes estancias, de pérdidas inesperadas o por condiciones terminales; la afectación de l/s enfermer/s surge por la resonancia que tales circunstancias ocasionan, independientemente del entorno en el que se susciten.

Así, la comprensión de las tramas emocionales emergentes en las prácticas de cuidado hizo posible que visibilizara la ascendencia de situaciones hegemónicas sociales, políticas, económicas, e ideológicas sobre el fenómeno afectivo en la enfermería, lo que me llevan a concluir, como he indicado, que el silenciamiento emocional es una consecuencia de orden macroestructural en donde la normalización busca promover subjetividades controladas, dóciles y productivas.

Por lo anterior, encuentro pertinente plantear tres propuestas como derivas de mis aprendizajes en el marco de la presente investigación, con el fin de aportar a la intervención del fenómeno de acallamiento y disciplinamiento emocional de l/s profesionales enfermer/s. La primera alude al uso de historias y relatos personales para guiar la práctica del cuidado, mediante la comprensión profunda de las experiencias, las emociones y las perspectivas biográficas. En forma articulada propongo la necesidad de generar una colectivización al interior de los grupos de profesionales que se apoyan mutuamente, compartiendo experiencias, emociones y relatos para mejorar el bienestar colectivo y la práctica profesional. Finalmente, me interesa indagar sobre cómo l/s enfermeros utilizamos el lenguaje en nuestra práctica diaria, en el discurso con las personas cuidadas y en la comunicación entre colegas, como una forma de complementar las anteriores propuestas. Si bien cada planteamiento tiene sus particularidades, se presentan como parte de una matriz común que busca mejorar las prácticas de cuidado y el bienestar de l/s profesionales enfermer/s.

#### **4.2 Aprendizaje epistemológico: hacia una enfermería basada en narrativas**

A partir de la segunda mitad del siglo XX, más precisamente en los años setenta, comenzó a darse centralidad a la experiencia de la enfermedad y al protagonismo que guardan los relatos de sufrimiento en la práctica asistencial. De allí surgió la corriente de pensamiento conocida como Medicina Basada en Narrativas (MBN), movimiento contestatario a la polarización que las ciencias biomédicas habían exhibido respecto a la preferencia de la evidencia, en términos exclusivamente positivistas. Esta contrapropuesta cuestionó el dogmatismo de lo general frente a lo específico, de lo cuantitativo frente a lo cualitativo y de los ensayos clínicos frente a la experiencia. Desde este movimiento se impulsó el retorno a la narrativa para valorar la singularidad de la historia personal, en la idea de que el saber sobre una condición de salud particular pasa por la comprensión de la propia vivencia. A través de los relatos se revela no sólo la sintomatología propia de un evento específico, sino también la conexión profunda con la dimensión emotiva y axiológica del ser (Juárez, Martín & Caballero, 2013).

De este movimiento surge la EBN, con trabajos vinculados con la epistemología de los cuidados y la práctica de enfermería, que igualmente buscan dar un lugar angular

a las significaciones de las personas cuidadas y construir el acto de cuidado desde la particularidad del ser y no a partir de la visión externa impuesta por l/s profesionales (Valverde, 2008). Algun/s teoristas de enfermería se han adherido a la narración de historias. En el año 1991 Boykin y Schoenhofer propusieron la narrativa como método de organización y comunicación de los conocimientos. El relato fue visto por las autoras como una forma de representación de una situación de enfermería (Boykin & Schoenhofer, 1993). Barker (2001) propuso la teoría de las mareas, que ofrece una reconceptualización de los problemas de salud mental a partir del uso de estrategias biográfico narrativas, buscando ayudar a las personas a descubrir en sus propias y únicas historias las herramientas para superar momentos de distrés emocional. Butcher (2004) planteó el uso de diarios como una práctica que favorece a los seres humanos unitarios en el fortalecimiento de sus procesos de salud a partir de una participación reflexiva en los mismos mediada por el ejercicio escritural. Sitzman y Watson (2018) promueven el empleo de relatos como un camino para descubrir lo significativo y lo asombroso inmerso en los momentos de cuidado, bajo la creencia de que la narración genera una oportunidad para despertar experiencias afectuosas de transformación. Boykin y Schoenhofer (2022) señalan que la narración es una poderosa estrategia de liderazgo para establecer conexiones afectivas por parte de l/s profesionales enfermer/s mediante el intercambio de historias que validan la experiencia personal y los valores, e iluminan la profundidad y belleza del acto de cuidado. Smith y Liehr (2024) desarrollaron una teoría de mediano rango, según la cual en la enfermería se deben propiciar diálogos intencionales con las personas cuidadas y sus familiares para crear vínculos empáticos y, a partir de la escucha, obtener sus opiniones respecto de la experiencia que están trasegando. Las historias permiten vislumbrar pensamientos y sentimientos que dan forma al significado y guían las elecciones que orientan la acción de cuidar (Smith & Liehr, 2024).

En la actualidad, a nivel formativo es visible en las mallas curriculares de enfermería que diferentes asignaturas favorecen el uso de historias personales mediante la elaboración de diarios de campo, autoetnografías, narraciones autobiográficas y fotobiografías, entre otras opciones expresivas. De hecho, este tipo de abordajes se ve ahora integrado en procesos de valoración y creación de planes de cuidado, en los que claramente se visibiliza la voz tanto de l/s estudiantes como de las personas cuidadas

(ACOFAEN, 2014). Durante la pandemia el recurso narrativo fue de amplia difusión, puesto al servicio de la intervención en salud mental de l/s llamados enfermer/s de primera línea (Meléndez, 2021). Ha sido de particular beneficio el empleo de la sociopoética como elemento facilitador del tránsito emocional de l/s profesionales enfermer/s, promovido principalmente en España por l/s profesor/s José Siles González y María del Carmen Solano Ruiz, en Brasil por la profesora Iraci Dos Santos en la Universidad de Río de Janeiro y en Colombia por la profesora Beatriz Elena Arias López de la Universidad de Antioquia, quien ha liderado procesos investigativos movilizados a partir del uso de narrativa textil (Castaño, Arias & Butcher, 2023).

La epistemología centrada en la narración biográfica cuestiona la focalización que el racionalismo genera sobre la cuantificación, experimentación y deducción, e interviene la estandarización capitalista al favorecer relaciones dialógicas y sosegadas que valoran la propia voz y la experiencia particular de cada persona, acogiendo la totalidad del ser ético, estético, político, cultural, histórico y afectivo, dispuesto a través del relato biográfico en la unicidad.

Así, la renovación epistemológica que planteo está centrada en el empleo de enfoques biográfico narrativos que incorporan la voz y los relatos de l/s enfermer/s bajo la mirada de su potencial disruptivo, dirigido a la transformación profunda y reflexiva de las corporalidades y subjetividades acalladas. Horizontalizar las interacciones tradicionalmente jerarquizadas por los sistemas de poder a partir de los relatos, tanto entre profesionales como con las personas cuidadas, resulta ser un acto contrahegemónico, que reclama conductas antieficietistas; abogan por detenerse en el otr/ y tomarse el tiempo para percibir lo puesto en la palabra y captar aquello que es retenido en la gestualidad. Llama al involucramiento que deviene de interacciones profundas en las que emergen afectos y se entraman complicidades terapéuticas, sin fijarse sólo en el cumplimiento de las acciones normalizadas dispuestas en los protocolos asistenciales. La epistemología basada en relatos redefine la praxis profesional, devuelve la voz y la agencia e impulsa nuevos procesos de subjetivación; el reconocimiento, la fraternidad y la solidaridad permiten el surgimiento de subjetividades reflexivas, flexibles y propositivas que valoran su propia biografía como nicho fundamental para la construcción de saberes.

En este escenario cobra particular importancia el ámbito formativo, dado que la academia ha estado implicada en procesos de subjetivación que han derivado en el adoctrinamiento de subjetividades obedientes, útiles y de rendimiento. Esto revela la naturaleza política de la educación, que reproduce las relaciones sociales en favor de los intereses dominantes de la época y la sociedad respectiva (Bourdieu & Passeron, 1979; Freire, 1990). La homogenización académica ha sido subsidiaria del colonialismo, en medio de una dinámica de despojo de bienes materiales, simbólicos, espirituales, lingüísticos y artísticos, y de atentados contra el saber de pueblos considerados inferiores bajo el paradigma moderno occidental (Viniegra, 2021).

Este colonialismo deriva en un sistema relacional que impone procesos de dominación liderados por Occidente. Europa y los Estados Unidos de América conforman el denominado Norte Global, regiones en las que resaltan altos niveles de desarrollo, asociados con la producción de conocimientos y otros aspectos, además de estar constituidas como zonas de influencia epistémica sobre los denominados países subdesarrollados y dependientes que integran el Sur Global (Reyes et al. 2024). Existe, entonces, una llamada *colonización del conocimiento*, que equivale a una imposición forzosa de un sistema de conocimiento sobre otro. Fals Borda (1970) llamó colonialidad intelectual a lo que Castro & Grosfoguel (2007) y Lander (1993) denominaron colonialidad del saber. Para Santos (2014), es aquello que deriva en un *epistemicidio*, fenómeno a través del cual se descalifican y suprimen saberes por imposición de un conocimiento foráneo que guarda en sí mismo pretensiones de validez universal.

Estos planteamientos resuenan en la epistemología enfermera, toda vez que desde mediados del siglo XX se ha identificado un canon teórico de origen anglosajón del cual derivan procesos de normalización de los saberes de cuidado implementados principalmente en los países del Sur global (De vita & Benavidez, 2018). Con la aparición del primer planteamiento teórico de la enfermería en el año de 1952, presentado por Hildegard Peplau, el desarrollo conceptual fue vertiginoso (Alligood, 2018). Este se acompañó, según Irigibel (2008), de consultorías impulsadas por entidades internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desarrolladas por enfermer/s norteamerican/s quienes, en calidad de expert/s, visitaron países en los que promovieron el uso de sus recientes propuestas y, dada la migración de profesionales

que se formaron en Estados Unidos, importaron desde esta zona de influencia epistémica los denominados modelos conceptuales y teorías de enfermería<sup>19</sup>.

Frente a la triada capitalista-colonial-patriarcal que ha organizado el mundo bajo una promesa blanca, burguesa, androcéntrica y heteronormativa, de la cual la enfermería es subsidiaria en clave de docilidad, tecnicismos y fragmentación, la narración biográfica, se presenta como una propuesta decolonial que facilitaría la renovación de la epistemología enfermera, dando un lugar a la unicidad del ser en clave de lo femenino, íntimo, cotidiano, diverso, sosegado y afectivo.

El cuidado desde la unicidad biográfica narrativa propone una opción innovadora y disruptiva que permite la emergencia de saberes silenciados y deslegitimados por cánones hegemónicos a partir de circuitos normalizadores de la profesión enfermera que desconocen los afectos, la corporalidad y las historias de vida como territorios fértiles para la producción de conocimiento, el fortalecimiento teórico y la transformación de la praxis.

#### **4.3 Aprendizaje práctico: Hacia la colectivización de los afectos en enfermería**

A nivel práctico, este recorrido invita a considerar la colectivización de los afectos en enfermería como una estrategia consonante con el enfoque de unicidad biográfico narrativa, que favorece la consolidación de procesos de conocimiento personal, ético, estético y emancipatorio en los distintos ámbitos de actuación profesional. Crear espacios colectivos a partir de las emociones compartidas convoca desde la empatía y la conmoción al acompañamiento, la escucha y la transformación de experiencias biográficas. Los colectivos afectivos tienen el potencial de intervenir las estrategias de normalización, en tanto promueven encuentros que desde los afectos buscan la reivindicación de la dignidad humana.

---

<sup>19</sup> La investigación biográfico narrativa de profunda naturaleza reflexiva me permite reconocer desde una postura autocrítica que el colonialismo académico está presente en el documento actual, dado que empleé como referentes teóricos autor/s europe/s y norteamericano/s, a pesar de la tradición oral que ha acompañado de manera significativa las sociedades del Sur Global, las cuales se han construido axiológica, ideológica, económica, cultural y socialmente a partir del discurso. De hecho, es muy propio de los pueblos originarios conceder a la palabra y al encuentro afectivo alrededor de la misma poderes curativos y transformadores, además de identificarla como una opción política.

Narrarse y permitir que otr/s se narren desde la oralidad, la escritura o la diversidad de elaboraciones expresivas es una manera interactiva de cuidar a partir de un profundo reconocimiento de la unicidad del otro, que funge como protagonista central en su proceso de cuidado. Poner en historias las biografías requiere un acercamiento comunicativo y relacional. Esta narrativa supera el reduccionismo que proponen los actuales sistemas académicos, asistenciales y laborales, en los que se prefiere la información pragmática por encima de las historias de vida, poniendo al centro la productividad y el anonimato; es decir, privilegiando el imperativo del eficientismo y del desconocimiento de la singularidad. Sin lugar a dudas, hablar de la propia biografía produce extrañeza, emoción que se convirtió en una constante que debí asumir en cada encuentro con l/s participantes, para quienes dedicarse tiempo para compartir su historia personal resultó ser no sólo novedoso y retador, sino además ilustrativo e inspirador; descubrir que el discurso se dirige sin un norte aparente hacia temas que no tenían considerado referir, percibir la manera sinuosa que toma la producción de los relatos y comprender que las supuestas ausencias e inconsistencias discursivas eran compases que daban lugar a la creación de sentido, permitió que l/s enfermer/s descubrieran la naturaleza colectiva de sus historias a lo largo de los encuentros.

La colectivización de los afectos es una estrategia bisagra que permite reconciliar las vivencias emotivas de la vida personal y profesional de l/s enfermer/s con los procesos intersubjetivos a través de la acción narrativa, toda vez que desde la unicidad del ser, en un/ coexisten tod/s y la singularidad representa al ser extendido, quien mediante el relato tiene el potencial de con-mover, promoviendo una acción transformativa tanto a nivel personal como grupal.

La afectividad es un elemento central de la experiencia humana que entrama lo individual, lo colectivo y lo emocional a través de intercambios, movilizaciones y elaboraciones simbólicas mediadas por la cultura (Rivera, 2014). La enfermería asume dicha cualidad afectiva en tanto se conmueve y moviliza con la experiencia biográfica del otr/s; es la resonancia con los relatos y las emociones allí contenidas, la piedra angular que desencadena el cuidado. Dicha resonancia se entiende desde la propuesta Rogeriana, que comprende al ser humano como un campo energético manifiesto en ondas dinámicas que cambian constantemente su frecuencia (Rogers, 1988). Los

eventos biográficos inciden en dichas ondas energéticas y tienen el potencial de movilizar actos de cuidado, emociones e historias. Es por esto que menciono la naturaleza afectiva de la profesión, vista como la posibilidad de llegar al gesto compasivo resonante a través de la intermediación narrativa.

No es infrecuente, como he indicado, observar el congelamiento emocional; en multiplicidad de historias que integran la presente investigación, se refrena la lágrima ante la pérdida, se esconde el rostro de miedo cuando fallecen personas a quienes cuidamos, economizamos las palabras para no conocernos en profundidad entre compañer/s de trabajo y con l/s sujetos de cuidado, se han extinguido las iniciativas espontáneas del abrazo y la expresión de alegría ante la recuperación de l/s que sufren y/o ante el éxito de nuestr/s colegas. El desprestigio del sufrimiento y la emocionalidad humana ha llevado a que el enojo, la rabia, la indignación, la tristeza, el miedo, la incertidumbre, la apatía, entre otros, sean vistos como experiencias indeseables que poco aportan al fortalecimiento del ser, por lo que deben anularse en el cuerpo, en el discurso, en la acción cotidiana y, por ende, en el cuidado.

Ante tal inmovilización emotiva, colectivizar los afectos favorecería la unicidad del cuidado biográfico narrativo desde la implementación del principio de la resonancia, dando un lugar central a la emoción como vivencia trazadora a partir de la cual surge la afección/conmoción en el centro de una praxis emancipatoria de enfermería, fundamentada en el conocimiento personal, ético y estético. Vincular las emociones a la praxis implica reconocerlas no como estados psicológicos, sino como prácticas sociales y culturales que se asumen desde el cuerpo social, cohesionando y orientando diferentes tipos de acción (Ahmed, 2015). Los colectivos afectivos que emergen de situaciones biográficas emocionales significativas, pueden acudir a la narrativa oral y escrita, así como a otras elaboraciones expresivas a través de las cuales se manifiesta la emotividad y se tejen resonancias.

Las narrativas biográficas permiten a l/s enfermer/s construir conocimiento cercano a las vivencias de las personas, preservando su identidad y la de quienes cuidan como gestores de su realidad, con su vulnerabilidad emocional como elemento constructivo del entre nos del cuidado. La narrativa de vida en Ricoeur (2003) implica contar la propia historia que no está finalizada y que, por dicha razón, nos remite

constantemente a la exploración de la trama; en otras palabras, al encuentro del sentido. Narrarse es un ejercicio de constitución estética del ser que transita su pasado manteniendo una conexión permanente con el futuro. Esta enunciación narrativa facilita interpretar, dar sentido y comprender el acto humano que sucede en medio de diversidad de contextos espaciales, temporales y de interacción, a través de simbolismos heredados, contruidos, cuestionados, reemplazados, que permiten la comprensión de la biografía humana (Polkinghorne, 1988).

Contar historias nos ayuda a darle un nuevo significado a los eventos al agregarles un sentido, ya sea porque conocemos su desenlace o porque podemos compararlos con narrativas sociales más amplias (Ricoeur, 1997). La interacción con otros, o alteridad, es fundamental para encontrar sentido tanto a nivel personal como social, ya que implica la revelación de la naturaleza histórica, colectiva y cultural de la narración mediante interacciones entre diferentes sujetos. La narrativa propone un puente entre quien narra y quienes escuchan, intercambiando un contenido simbólico cognitivo y tejiendo robustos lazos afectivos que facilitan la reconstrucción de las subjetividades (Acevedo, 2017).

Los colectivos afectivos en enfermería posicionan al sujeto biográfico y reivindican el acto narrativo que involucra la acción humana y su unicidad. Se narra lo singular y plural, lo particular y diverso, lo colectivo, cultural e histórico, en medio de un performance poético y político desde colectivos de cuerpos emocionados y emociones corporizadas.

#### **4.4 Aprendizaje metodológico: El patrón de uso de las palabras**

Respecto del punto de vista metodológico, la propuesta a la cual me referiré se relaciona igualmente con el relato. En este caso, se enfoca en el estudio del patrón de uso de las palabras en el marco de los procesos de análisis conceptual en enfermería. A partir de la década de los 70 la exploración teórica al interior de la disciplina se realizó a través de los llamados análisis conceptuales, asumidos como una técnica de investigación privilegiada de revisión de literatura, que en principio favorecía la aclaración de ambigüedades y fortalecía la base teórica (Rodgers, 2004, McCrae, 2011). Dicho enfoque se introdujo en la literatura de enfermería a partir de la propuesta de John Wilson, quien desarrolló un proceso para definir conceptos, con el objetivo de mejorar la comunicación y comprensión del uso científico de los términos, teniendo como referencia

el método empleado en la filosofía. Tal planteamiento fue la base para los análisis de concepto propuestos por Walker y Avant (1983), Schwartz–Barcott y Kim (1986), Rodgers (1989)<sup>20</sup> y Chinn y Kramer (1991). En la actualidad el modelo de Walker y Avant presenta los mayores avances en cuanto a este tipo de análisis, el cual se estructura a partir de ocho etapas de carácter flexible a fin de distinguir los atributos definitorios e irrelevantes de un concepto y obtener una definición operativa al interior de la ciencia enfermera (Walker & Avant, 2011).

A este modelo se le cuestiona su limitada comprensión conceptual (Hupcey, Morse, Lenz & Tasón, 1996). Al respecto, John Paley (1996) señaló el abordaje impreciso, dada la relación establecida entre concepto y teoría. Para Walker y Avant, los conceptos son vistos como bloques de construcción de teoría, desconociendo que es precisamente la teoría el nicho para albergar los conceptos. Esta suerte de instrumentalización invisibiliza su naturaleza contextual al desvincular su significado del contexto teórico, histórico, cultural, social y político en el que se encuentran insertos (Brandão, Mercês, Lopes, Martins, Souza & Primo, 2019). Además, para la definición de concepto propuesta por Walker y Avant, se requiere identificar atributos frecuentes de la literatura, la cual se considera de máxima claridad. Esto, además de no ser asegurable, oculta que la producción de conocimiento esta orientada por los intereses particulares de l/s investigador/s.

En general, para Paley los métodos de análisis conceptual, incluso los que se han declarado como alternativos (Norris 1982, Morse 2000, Rodgers 2000 y Schwartz-Barcott y Kim 2000), continúan asumiendo una lógica objetivista que considera los conceptos como objetos con estructura, límites y componentes (Paley, 2021). Esta perspectiva desconoce la amplitud de los fenómenos de cuidado, que no siempre son de naturaleza tangible y medible.

En contraposición, el autor propone concentrarse en las palabras, específicamente en sus patrones de uso, comprendiendo que una expresión no siempre alude a lo mismo. Se considera clave enfocarse en el significado como una propiedad a la cual atender dentro de los procesos analíticos, no sólo en relación con la palabra, sino además con la

---

<sup>20</sup> Posteriormente para el año 2000 Schwartz–Barcott y Kim y Rodgers actualizaron su propuesta de análisis conceptual declarándose como planteamientos alternativos al método de Wilson.

construcción gramatical en la que se encuentra inserta. Bajo esta mirada, explorar el patrón de uso de las palabras es un ejercicio fundamental, mientras que el concepto es una referencia indirecta de dichos usos. De hecho, Paley señala que la función de una palabra, ya sea que actúe como sustantivo, adjetivo, verbo o adverbio, es afectada por las construcciones sintácticas y semánticas en las que está inserta, por lo cual los significados de los términos individuales terminan siendo consonantes con tales contextos gramaticales (Paley, 2021).

De esta manera, la sugerencia de este enfoque considera el estudio del patrón de uso de las expresiones a través de procesos de agrupación temática, comprendiendo que ante la polisemia de los términos no se pretende encontrar un núcleo universal de significado, sino estudiar los patrones de uso y las jerarquías o redes que se pueden establecer entre estos. Respecto a las definiciones, es necesario captar el sentido temporal de las mismas, el cual es la inscripción particular en un momento determinado más que una imagen fija. Una definición no agota ni captura todos los usos de una palabra, pero puede dar pistas sobre las conexiones y funciones a ella asociadas, además de orientar respecto de similitudes y diferencias.

Paley propone que para comprender la función de las expresiones en diferentes contextos es vertebral declarar los referentes teóricos en los que se da el uso de los términos, siendo estos patrones de contextualización válidos para dichos análisis. Adicionalmente, puede ser útil identificar imágenes asociadas y tener en cuenta variaciones e inflexiones de la palabra, derivadas de usanzas cotidianas específicas. Así, el enfoque metodológico desde el estudio del patrón de uso de las palabras propuesto por Paley permite una exploración histórica y lingüística de enfermería con otras áreas del conocimiento y favorece ejercicios de reflexión y crítica dinamizadores del desarrollo teórico.

El empleo de este planteamiento en particular me llevó a reconocer que, tras el uso de los términos emoción, sentimiento, pasión o afecto en la enfermería, está inserta una restricción que deviene del control promovido por el racionalismo, el capitalismo y el patriarcado como referentes hegemónicos de normalización que han sido definitivos sobre los procesos de consolidación teórico prácticos. De hecho, es común que se perciba una dicotomía entre las expresiones, entendiendo que las pasiones y las

emociones están ligadas a deseos primarios del ser. Incluso las emociones han sido clasificadas, considerando algunas como positivas en tanto acercan a la persona al logro de la virtud; entre ellas se encuentran la alegría, el amor, el júbilo y el interés, entre otras. Las emociones negativas, por su parte, envilecen a la persona animalizando su ser; dicha categoría incluye el odio, el enojo, la impotencia o la frustración. Los sentimientos, a diferencia de las emociones/pasiones, son asumidos como superiores, dado que se cree que derivan de elaboraciones cognitivas cultivadas en el tiempo. Para la presente investigación que reclama la superación de cualquier dicotomía instrumentalizadora de las emociones, decidí emplear el término emoción y sus afines como equivalentes, liberando las expresiones de cualquier diferenciación que transmita rastros de jerarquía y subordinación.

## **5. Recomendaciones y limitaciones**

### **5.1 Recomendaciones**

#### **5.1.1. Producción y divulgación de conocimiento**

- Impulsar la investigación biográfico narrativa involucrando la dimensión expresiva y el foco sobre el estudio de los afectos de l/s profesionales enfermer/s para favorecer el pluralismo epistemológico, la apertura entre áreas del saber y la comprensión de la complejidad de las experiencias de cuidado de enfermería.
- Ampliar la base de publicación de las metodologías biográfico narrativas desde ejercicios colaborativos de sistematización de procesos y experiencias investigativas.
- Implementar una red latinoamericana de enfermería basada en narrativas que considere los ejercicios formativos, investigativos, administrativos y de cuidado propios del Sur Global como referentes que dinamicen el diálogo de enfermería con otras profesiones alrededor de la reivindicación de las historias de vida, los afectos y las corporalidades diversas, en un ejercicio político, ético y emancipatorio.
- Promover la construcción de textos epistemológicos y metodológicos basados en enfoques biográfico narrativos que puedan ser aplicados en contextos formativos, asistenciales, investigativos y gremiales, además de las ya conocidas producciones narrativas de situaciones de enfermería.

#### **5.1.2. Praxis en enfermería**

- Crear espacios de colectivos afectivos como experiencias piloto a nivel formativo, asistencial, investigativo y gremial que involucren tanto a profesionales enfermer/s como a personas cuidadas y sus familias, mediante el impulso de estrategias que nombro intuitivamente como escuchaderos, tertuliaderos, palabreaderos, o escenarios de intercambios narrativos expresivos afectivos. Estas iniciativas deberán contemplar las tecnologías informáticas y de comunicación para acercar colegas en perspectiva intergeneracional.

- Adoptar la narración biográfica afectiva a nivel gremial para reconstruir procesos de identidad profesional, a partir del reconocimiento de hitos y epifanías propias de las biografías de l/s profesionales enfermer/s y de la profesión misma como sujeto colectivo.

### **5.1.3. Formación en enfermería**

- Diseñar e implementar propuestas formativas centradas en enfoques biográfico narrativos que brinden un lugar central a los afectos de l/s estudiantes en diálogo con los contenidos académicos.

## **5.2 Limitaciones**

- Aunque la proyección inicial de la propuesta investigativa contemplaba la realización de actividades expresivas durante los encuentros biográfico narrativos, no se contó con la posibilidad de llevarlos a cabo, dado que l/s participantes privilegiaron el espacio de entrevista para el compartir oral de sus historias de vida. Si bien el hecho no afectó el logro de los objetivos trazados, lo menciono como una limitación dado que considero que algunos eventos biográficos pueden tener una carga emocional tan significativa, que l/s enfermer/s pudieron haberse beneficiado de la realización de ejercicios expresivos para la comunicación de tales acontecimientos.
- La actual investigación encarna una paradoja, dado que aunque denuncia el colonialismo académico, los principales referentes que soportan el proyecto provienen del Norte Global. Me refiero a que tanto la propuesta Ricoeuriana como Rogeriana son planteamientos creados por autor/s foráneos, alejados en espacio y tiempo a la realidad del Sur Global. Sería interesante a futuro construir conocimiento local que permita tener referentes situados desde los cuales tejer diálogos epistemológicos tanto para la investigación como para la práctica del cuidado de enfermería.

## 6. Referencias

- Acevedo, S. L.Y. (2017). En la casa no se llora. Los silencios, las subjetividades y las comunidades emocionales de mujeres familiares de detenidos y desaparecidos [Trabajo de grado]. Universidad de Antioquia. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/1771/simple-search?filterquery=Acevedo+S%C3%A1enz%2C+Liza+Ysamarli&filtername=author&filtertype>equals>
- Adams, L., & Maykut, C. (2015). Special Article Bullying: The Antithesis of Caring Acknowledging the Dark Side of the Nursing Profession. 8.
- Aguilar Pérez, M. G., Dorantes, P. del C., & Ortega Pérez, J. R. (2010). MUERTE Y SUBJETIVIDAD: REFLEXIONES A PROPÓSITO DE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN SALUD. (Death and subjectivity: reflections about the formation of the professionals in health). CES Psicología, 3(1), 83–98. Recuperado a partir de <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1102>.
- Ahmed, S. (2015). Política cultural de las emociones. Primera edición en español. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. México.
- Alligood, M.R. (2018). Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier; 2018.
- Allué, M. (1997). Sobrevivir en la UCI. Enfermería Intensiva, 6, 29-34.
- Almazan, J. U., Albougami, A. S., & Alamri, M. S. (2019). Exploring nurses' work-related stress in an acute care hospital in KSA. Journal of Taibah University Medical Sciences, 14(4), 376–382. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.04.006>.
- Alonso, P., & Rodríguez, M. B. (2018). Potentialities of resilience of nursing professionals. Index de Enfermería. 27. 42-46.
- Álvaro, D. (2010). Los conceptos de “comunidad” y ISSN: 1695-6494 “sociedad” de Ferdinand Tönnies. Identidadcolectiva.es. Recuperado el 20 de mayo de 2024, de <https://identidadcolectiva.es/pdf/52.pdf>.
- Alves, S. G. D. S., Vasconcelos, T. C., Miranda, F. A. N. D., Costa, T. S., & Sobreira, M. V. S. (2011). Aproximação à subjetividade de enfermeiros com a vida: afetividade e satisfação em foco. Escola Anna Nery, 15, 511-517.
- Angrino, Q., D. A. (2011). El error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro Humano. Cuadernos de neuropsicología, 5(2), 173-178. Recuperada em 16 de maio de 2024, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-41232011000200006&lng=pt&lng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232011000200006&lng=pt&lng=es).
- Anzaldúa, G. (2017). Hablar en lenguas: Una carta a escritoras tercermundistas (en Esta puente, mi espalda. Voces de mujeres tercermundistas en Estados Unidos, 1988). En Mujeres intelectuales (pp. 277–286). Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. CLACSO.
- Aparicio, M., Centeno, C., Robinson, C., & Arantzamendi, M. (2019). Gratitude between patients and their families and health professionals: A scoping review. Journal of Nursing Management, 27(2), 286–300. <https://doi.org/10.1111/jonm.12670>.

- Arendt, H. (1993). *La condición humana*. Trad. Ramón Gil Novales. Bogotá: Paidós.
- Arfuch, L. (2002). *El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea*. FCE.
- Arfuch, L. (2013). *Memoria y autobiografía. Exploraciones en los límites*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2013.
- Arfuch, Leonor. (2016). Subjetividad, memoria y narrativas: una reflexión teórica y política en el campo de la educación. *Magis Revista Internacional de Investigación en Educación*, 9(18), 227. <https://doi.org/10.11144/javeriana.m9-18.smnr>.
- Arias, L. B. E. (2014). Las tramas de un estudio cualitativo en salud mental y violencia política. Lecciones aprendidas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), S107-S115.
- Arias, L. B. E. (2017). Entre-tejidos y Redes. Recursos estratégicos de cuidado de la vida y promoción de la salud mental en contextos de sufrimiento social [Among tissues and networks: Strategic resources for life care and promotion of mental health in contexts of social suffering]. *Prospectiva. Revista de trabajo social e intervención social*, 23, 51–72. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i23.4586>.
- Ariés P. (2007). *Morir en occidente: desde la Edad Media hasta nuestros días*, trad. Víctor Goldstein, Adriana Hidalgo editora.
- Aristóteles. (2003). Trad. y notas de Elhard Schlesinger.
- Ariza, M. (2022). *Las emociones en la vida social: miradas sociológicas*. UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Arrizabalaga J. (2020). El lenguaje de las emociones en las narrativas humanitarias durante la segunda guerra carlista (1872-1876). *Revista de Lexicografía [Internet]*. 24 de febrero de 2020 [consultado el 6 de julio de 2021]; 25:115-29. Disponible en: <https://doi.org/10.17979/rlex.2019.25.0.5990>.
- Aschmann, B. (2014). La razón del sentimiento. Modernidad, emociones e historia contemporánea. *Cuadernos de Historia Contemporánea*. 36. 10.5209/rev\_CHCO.2014.v36.46722.
- Ayres L. Qualitative research proposals – part III. Sampling and data collection. *J wound, ostomy Cont Nurs Soc*. 2007;34(3):242–244.
- Azevedo, R. C. D. S., & Ramos, F. R. S. (2006). Los modos de conocer e intervenir: la constitución del cuerpo en el cuidado de enfermería en el hospital. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 15, 55–63.
- Balaguer, V., *La interpretación de la narración. La teoría de Paul Ricœur*, Eunsa («Anejos de Rilce», 40), Barañáin (Navarra) 2002, 197 pp., 17 x 24, ISBN 84-313-1969-0.
- Barker, P. (2001). The tidal model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233–240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>.

- Barrera, C., Sierra, M. (2020). Historia de las emociones ¿qué cuentan los afectos del pasado? *Revista Historia y Memoria* N<sup>o</sup>. Número Especial. pp. 103 – 142. <https://doi.org/10.19053/20275137.nespecial.2020.11583>.
- Bassanezi, T. I. (2019). Rita Laura Segato. “La guerra contra las mujeres”. Colección Mapas 45. Madrid. *Traficantes de Sueños*, 2016. 188 págs. ISBN 13: 978-84-945978-5-5. Tapa blanda. *Comunicación y género*, 2(1). <https://doi.org/10.5209/cgen.64534>.
- Beltrán, R. (2014). *Antropología y Enfermería: Narrativa del sufrimiento y dolor. La formación para la expresión y comprensión emocional de los profesionales en los espacios sanitarios*.
- Bermejo, J. C. (2003). *Qué es humanizar la salud. Por una asistencia sanitaria más humana* 2da.
- Bernstein, R. J. (1993). El resurgir del pragmatismo”, en J. Rubio Carracedo, *El giro posmoderno*, núm. 1, *Philosophica Malacitana*.
- Biglia, B., & Bonet-Marti, J. (2009). La construcción de narrativas como método de investigación psico-social. *Prácticas de escritura compartida. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*.
- Bowker, J. (1996). *Los significados de la muerte*. Trad. Martínez, M. Cambridge University Press.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (1993). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. NLN.
- Bozal, G.A. (1998). El papel de los arquetipos en los actuales estereotipos sobre la mujer. *Comunicar* 11. 95 – 100. [https://www.scipedia.com/public/Guil\\_1998a](https://www.scipedia.com/public/Guil_1998a).
- Bradbury, J. C., Coleman, D., Davies, H., Ellison, K., & Leigh, C. (2010). Raised emotions: A critique of the Peshkin Approach to Reflection. *Nurse Education Today*, 30(6), 568–572. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.12.002>
- Brito, B. P. R., Fernández, G. D. Á., & Cuéllar, P. L. (2021). Manejo emocional de la crisis sanitaria ante el coronavirus: una revisión narrativa. *Enfermería clínica*, 31, S107–S111. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.010>.
- Brown, S., Bain, P., Broderick, P., & Sully, M. (2013). Emotional effort and perceived support in renal nursing: A comparative interview study. *Journal of Renal Care*, 39(4), 246–255. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2013.12023.x>
- Brunero, S., Lamont, S., & Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(1), 65–74. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x>.
- Bueno, R. L. S. (2011). Aspectos ontológicos y epistemológicos de Las visiones de enfermería inmersas en El quehacer profesional. *Ciencia y Enfermería (Impresa)*, 17(1), 37–43. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532011000100005>.
- Buitrago, M. L. A., & Arias, L. B. E. (2018). Los aportes del enfoque biográfico narrativo para la generación de conocimiento en Enfermería. *Index de enfermería*, 27(1–2), 62–66. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962018000100013&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100013&lng=es).
- Burgos A. J. J. (2015) «Los excesos de la razón: hacia la recuperación de las emociones en el concepto del ser humano». *Franciscanum* 164, Vol. lvii (2015): 97-123.

- Burke, L. L., & Williams, M. G. (2011). Celebrating a Commitment to care: Building concerned practices among practitioners. *The Journal of Nursing Education*, 50(1), 51–54. <https://doi.org/10.3928/01484834-20101029-07>.
- Busanello, J., Lunardi Filho, W. D., & Kerber, N. P. da C. (2013). Produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 34(2), 140–147. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200018>.
- Busanello, J., Lunardi Filho, W. D., Kerber, N. P. da C., & Lunardi, V. L. (2014). Modos de produção de subjetividade do enfermeiro para tomada de decisões. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 67(3), 422–429. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140056>.
- Butcher, H. K. (2005). The unitary field pattern portrait research method: Facets, processes and findings. *Nursing Science Quarterly*, 18, 293–297.
- Butcher, H. K. (2022). Unitary-caring science: A hermeneutical-phenomenological research method. *Nursing Science Quarterly*, 35(2), 148–159. <https://doi.org/10.1177/08943184211070593>.
- Butcher, H. K., & Malinski, V. (2020). Martha E. Rogers' science of unitary human beings. In M. C. Smith (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (5th ed., pp. 237–257). F. A. Davis.
- Cáceres, R. D. I., Cristancho, Z. L. Y., & López, R. L. A. (2019). Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Revista ciencias de la salud*, 17(3), 98–110. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8368>.
- Caldarola, Y., & Bonnemains, C. (2012). Amélie, un cas de souffrance alternée. *Soins. Psychiatrie*, 33(282), 26–29. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2012.07.006>
- Callis, A. M. (2020). Application of the Roy Adaptation Theory to a care program for nurses. *Applied Nursing Research: ANR*, 56(151340), 151340. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151340>
- Camps, V. (2011). *El gobierno de las emociones*. Herder.
- Caputo, G. (06 2024). Abrir la lengua Abrir la vida. Respuesta a una esquirola de Daniel Samper Pizano a propósito del lenguaje incluyente. *Los Danieles & Cambio*. <https://cambiocolombia.com/los-danieles/abrir-la-lengua-abrir-la-vida>.
- Cara, R. R. (2020). Un estudio fenomenológico acerca de las percepciones de los profesionales de Enfermería sobre la muerte. *Ene*, 14(1), 1417. <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2020000100007>.
- Carretero, B. R., & Nolasco, H. A. (2017). Aproximación al concepto de emocionalidad. El estereotipo emocional del sexismo. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 4, 34–41.
- Casadesús B. E. (2016). Liberar el alma del cuerpo-prisión: la función de la verdadera filosofía. *Archai*, n. 17, may-aug., p. 173-197. DO I: [http://dx.doi.org/10.14195/1984-249X\\_17\\_8](http://dx.doi.org/10.14195/1984-249X_17_8).
- Castaño, M., Y, Arias, L., B. E, Butcher, H.K. Biographical Narrative Research from the Perspective of the Science of Unitary Human Beings: A Methodological

Approach. Nursing Science Quarterly. 2023;36(3):221-231.  
doi:[10.1177/08943184231169959](https://doi.org/10.1177/08943184231169959).

- Charalamhous, A., Papadopoulos, R., & Beadsmoore, A. (2008). Ricoeur's hermeneutic phenomenology: An implication for nursing research. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 637–642.
- Charon, R. (2012). En las membranas del cuidado: historias en medicina narrativa. *Acad Med*, 87(3), 342–347.
- Chartier, R. (2014). El proceso civilizatorio. *Elias, Gracian, Amelot. Co-herencia*, 11(21), 13-24. <https://doi.org/10.17230/co-herencia.11.21.1>.
- Chevalier, J. Y., & Gheerbrant, A. (1986). *Diccionario de los símbolos*.
- Clancy, M. (2017). Exploring an autoethnographic stance with poetry in children's nursing. *Journal of Research in Nursing: JRN*, 22(6–7), 465–476. <https://doi.org/10.1177/1744987117725364>.
- Comas, J. (2009). *Crónicas del linfoma*. Madrid: Rey Lear.
- Congreso de Colombia., Ley 27 de 1977. Por la cual se fija la mayoría de edad a los 18 años. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_0027\\_1977.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0027_1977.htm).
- Corleto, O. R. W. (2006). La mujer en la edad media. *Revista Teología*, XLIII (91), 655–670. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/148256>.
- Crosby, A.-. A., Duarte, A. I.-. A. B., De Marinis, N. L.-. A., Macleod, M.-. A., Pearce, J.-. A., Stephen, L.-. A., Castillo, Á.-. A., Varela, D.-. A., Jimeno, M.-. A., & Carter, M. (2020). *Comunidades emocionales: Resistiendo a las violencias en América Latina* (C.-. T. Pickard, M.-. T. Editor; A De Marinis, N. L.-. C. Macleod, M.-. C. Lykes, M. B.-. A. Doiron, & F.-. A. Damián, Eds.).
- Cuesta, S. (1945). *El equilibrio pasional en la doctrina estoica y en la de San Agustín. Estudio de dos concepciones del universo a través de un problema antropológico*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Cunningham, T., Caza, B., Hayes, R., Leake, S., & Cipriano, P. (2024). Design health care systems to protect resilience in nursing. *Nursing Outlook*, 72(1), 101999. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.101999>.
- Danet, D., A., Jimenez, C. P. M., & Pérez, V. J. M. (2020). Rutas emocionales en las experiencias profesionales de los equipos de coordinación de trasplantes. *Nefrología: publicación oficial de la Sociedad Española Nefrología*, 40(1), 74–90. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2019.05.001>.
- De Vita, L. E., & Benavidez, A. A. (2018). Silencio y conocimiento en Enfermería. *RevIISE-Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 12(12), 203-211.
- Delgado, R. (2009). *Análisis de los marcos de justificación ético-políticos de las organizaciones sociales de mujeres, jóvenes y trabajadores*. Editorial Universidad Javeriana.
- Denzin NK, Lincoln Y. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Third Edit. London: Sage Publications; 2005. 1231 p.

- Díaz S., B. (2003). Los celtas: identidad, etnicidad y arqueología. SPAL Revista de Prehistoria y Arqueología de la Universidad de Sevilla, 12, 299–316. <https://doi.org/10.12795/spal.2003.i12.12>.
- Díaz, J. L. (2008). El sufrimiento medicalizado. *Cultura de los cuidados*, 12(23), 50-56.
- Dixon, T. (2006). *From passions to emotions: The creation of a secular psychological category*. Nueva York, EE. UU.: Cambridge University Press.
- Dotti, G. I., Font, A., & Torres, M. *Cuerpo/Subjetividad/Institución. Una aproximación al trabajo de los/las enfermeros/as en la Colonia Dr. Emilio Vidal Abal*. Córdoba, 2014.
- Durkin, J., Usher, K., & Jackson, D. (2019). Embodying compassion: A systematic review of the views of nurses and patients. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9–10), 1380–1392. <https://doi.org/10.1111/jocn.14722>
- Elias, N. (1982). *La sociedad cortesana*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Engin, E., & Cam, O. (2006). Correlation between psychiatric nurses' anger and job motivation. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(6), 268–275. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.07.004>.
- Enríquez, Q. I. D., López, C. M. A., & Mg, C.-O. (2019). Empatía en la relación enfermera-paciente: perspectiva de los patrones del conocimiento de Barbara Carper. *Rev Enferm IMSS*, 27(4), 230–236.
- Enzman, H., M., & Gaughan, J. (2017). Advanced holistic nursing practice narratives: A view of caring Praxis. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 35(4), 328–341. <https://doi.org/10.1177/0898010117715849>.
- Espinoza, G. M., Valverde, H. S., & Vindas, S. H. (2011). VIVENCIA HOLISTICA DEL ESTRES EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA. *Enfermería actual de Costa Rica*, 0(20). <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i20.3652>.
- Etherington, K. (2004). *Becoming a reflexive researcher: Using ourselves in research*. Jessica Kingsley Publishers.
- Fasbinder, A., Shidler, K., & Caboral, S. M. (2020). A concept analysis: Emotional regulation of nurses. *Nursing Forum*, 55(2), 118–127. <https://doi.org/10.1111/nuf.12405>.
- Favourate Y. Sebele-Mpofu | (2020) Saturation controversy in qualitative research: Complexities and underlying assumptions. A literature review, *Cogent Social Sciences*, 6:1, 1838706, DOI: 10.1080/23311886.2020.1838706.
- Fawcett J. (2004). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2a ed. En: *Clinical Kinesiology*. Philadelphia: F. A. Davis Company. 609 p.
- Fawcett, J. (2021). Indicadores empíricos: orígenes teóricos y conceptuales. *Aquichan*, 21(4), e2144. <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.4.4>.
- Federici, S. (2010). Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Editorial Traficante de sueños. <https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban%20y%20la%20bruja-TdS.pdf>.

- Fernández Polanco, Valentín. (2018). La estructura de la crítica moderna y contemporánea y sus fuentes tardomedievales: El análisis de André de Muralt. *Scripta Mediaevalia*, 11(2), 139-168. Recuperado en 01 de agosto de 2024, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-87532018000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-87532018000200005&lng=es&tlng=es).
- Fernández, C. N., & Buis, J. E., (2022). "Sentir y emocionar(se): aproximaciones al estudio de la afectividad en la Grecia antigua". *Circe, de clásicos y modernos* 26/2 (julio-diciembre 2022). DOI: <http://dx.doi.org/10.19137/circe-2022-260201>.
- Foà, C., Cavalli, L., Maltoni, A., Tosello, N., Sangilles, C., Maron, I., Borghini, M., & Artioli, G. (2016). Communications and relationships between patient and nurse in Intensive Care Unit: knowledge, knowledge of the work, knowledge of the emotional state. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 87(4-S), 71–82.
- Fonseca, P. I. M. N. dá, Eleutério, R. F., Tavares, C. M. D. M., & Carvalho, J. C. (2017). A potência da experimentação estética no processo de autoconhecimento: estudo sociopoético. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(1), 73. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175904>.
- Fonseca, V. da S., & Penna, L. H. G. (2000). A perspectiva do arquétipo feminino na enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, 53(2), 223–232. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672000000200007>.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Traducción de: Aurelio Garzón del Camino. Editorial Siglo XXI.
- Fuentes, S. P. (2012). Algunas consideraciones en torno a la condición de la mujer en la Grecia antigua. *Intus - Legere Historia*, 6(1), 8-18. doi: <https://doi.org/10.15691/%x>.
- Gabrielle, S., Jackson, D., & Mannix, J. (2008). Adjusting to personal and organisational change: Views and experiences of female nurses aged 40–60 years. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 15(3), 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2007.09.001>.
- Gallego, B., & González, H. R. (2014). La salud emocional y el desarrollo del bienestar enfermero *Metas Enferm dic.* 17, 12–16.
- Games, M. I. (2011). Tópicos y arquetipos de la opinión pública: la construcción social de la enfermera. *Enfermería Global*, 10(22) Recuperado en 16 de mayo de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000200018&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200018&lng=es&tlng=es).
- Garzaro, G., Gatti, P., Caputo, A., Musso, F., Clari, M., Dimonte, V., Cortese, C. G., & Pira, E. (2021). Job demands and perceived distance in leader-follower relationships: A study on emotional exhaustion among nurses. *Applied Nursing Research: ANR*, 61(151455), 151455. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151455>.
- Giaccaglia, M. A., Méndez, M. L., Ramírez, A., Santa María, S., Cabrera, P., Barzola, P., & Maldonado, M. (2009). Sujeto y modos de subjetivación. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, XX (38), 115-147.
- Gil, M. (2016). La complejidad de la experiencia emocional humana: emoción animal, biología y cultura en la teoría de las emociones de Martha Nussbaum. *Revista Dilemata*, año 8, nº 21, 207-225. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5506551>.

- Giménez, G., & Levinas, E. (2011). Emmanuel Levinas: Humanismo del Rostro. Humanismo del Rostro. En escritos/Medellín - Colombia, 19(43), 337–349.
- Glanzner, C. H., Olschowsky, A., Pai, D. D., Tavares, J. P., & Hoffman, D. A. (2018). Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. *Revista gaucha de enfermagem*, 38(4), e20170098. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0098>.
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago, Ed. Aldine.
- González, M. J. (1996). Las historias de vida: aspectos históricos, teóricos y epistemológicos. *Cuestiones pedagógicas*, 12, 223–242.
- Habermas, J. (1988). *El discurso filosófico de la modernidad*. Editorial Taurus.
- Hagman, G. (2009). Art and self: a new psychoanalytic perspective on creativity and aesthetic experience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159, 164–173. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2008.04344.x>.
- Hammarström, L., Häggström, M., Devik, S. A., & Hellzen, O. (2019). Controlling emotions—nurses' lived experiences caring for patients in forensic psychiatry. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1682911>.
- Han, A., Won, J., Kim, O., & Lee, S. E. (2015). Anger expression types and interpersonal problems in nurses. *Asian Nursing Research*, 9(2), 146–151. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.04.001>.
- Han, B. (2022). *La sociedad del cansancio*. Herder Editorial.
- Hegel, G. W. F., *Fenomenología del espíritu*, trad. de Wenceslao Roces, FCE, México, 1993.
- Henderson, V. (1966). La naturaleza de la enfermería. En George, J. (Ed.). *Teorías de enfermería: la base para la práctica profesional de enfermería*. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Hernández Molina, L. (2016). *Prácticas de educación superior que constituyen sujetos y posibilitan la emergencia de subjetividades de enfermería*. Ibagué: Universidad del Tolima - Red de Universidades Estatales de Colombia Rudecolombia, 2016.
- Hernández, P. (2002). *Los moldes de la mente. Más allá de la inteligencia emocional*. Tenerife: Tafor.
- Herrero, A. A. (2013). *Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería*.
- Holloway, I., & Freshwater, D. (2009). *Narrative Research in Nursing* (1a ed.). Wiley-Blackwell.
- Hopp, F., Thornton, N., Martin, L., & Zalenski, R. (2012). Life disruption, life continuation: contrasting themes in the lives of African- American elders with advanced heart failure. *Work Heal Care*, 51(2), 149–172.
- Hunter, L. P. (2002). Poetry as an aesthetic expression for nursing: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 141–148. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02356.x>.

- Irigibel-Uriz, Xabier. (2008). Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. *Index de Enfermería*, 17(4), 276-279. Recuperado en 02 de mayo de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000400012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400012&lng=es&tlng=es).
- Jiménez Guzmán, C. (2018). Sujeto disciplinado, sujeto normalizado, sujeto subjetivado. In *Simposio Iberoamericano de Filosofía Política*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Jimeno, M. (2010). Emociones y política: la 'víctima' y la construcción de comunidades emocionales. *Mana*, 16(1), 99-121.
- Jimeno, M. (2011). Después de la masacre: la memoria como conocimiento histórico. *Cuadernos de antropología social*, (33), 39-52. Recuperado en 16 de mayo de 2024, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-275X2011000100002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2011000100002&lng=es&tlng=es).
- Jung, C. G. (1994). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Col. Biblioteca de Psicología Profunda no, 14.
- Kendall, S. (2006). Admiring courage: Nurses' perceptions of caring for patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 10(5), 324–334. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2006.01.005>.
- Kristeva, Julia. (1978). La palabra, el diálogo y la novela. *Semiótica vol. 1*. Madrid: Espiral. 187-226.
- Khoshmehr, Z., Barkhordari, S. M., Nasiriani, K., & Fallahzadeh, H. (2020). Moral courage and psychological empowerment among nurses. *BMC Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00435-9>.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. Wiley.
- Labrague, L. J., & Santos, J. A. A. (2021). Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 395–403. <https://doi.org/10.1111/jonm.13168>.
- Lee, H., Fawcett, J., & DeMarco, R. (2016). Storytelling/narrative theory to address health communication with minority populations. *Applied nursing research: ANR*, 30, 58–60. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.09.004>.
- Leonardo-Loayza, R. (2022). La expulsión de lo distinto. Disciplinamiento, higienización y enfermedad en "Lorenzita" de Manuel Atanasio Fuentes. *Literatura y lingüística*, 45, 149–169.
- Lopera, B. M, A. (2016). Acompañar en la muerte es un pilar del cuidado, una dolorosa obligación y un dilema. *Ciencia y enfermería*, 22(1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100006>.
- López, G. (2016). Un Acercamiento a la Identidad Narrativa: Entre la Ipseidad y la Mismidad". *Disertaciones*, 61–69.

- López, O., & López, G. (2017). Redes de periodistas para vencer el miedo: comunidades emocionales ante la violencia de Estado. El caso de México. *Revista de estudios sociales*, 62, 54–66. <https://doi.org/10.7440/res62.2017.06>
- Lowson, P. (2020). Benefits of mindful compassion for staff, patients and carers. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 29(17), s22–s29. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.17.s22>.
- Lozano Nembrot, M. (2019). Los pliegues de la subjetividad: individuo y responsabilidad moral en la Grecia Antigua. *Nuevo itinerario*, 14, 175. <https://doi.org/10.30972/nvt.0143711>
- Lu C.-F., Wu S.-M., Shu Y.-M., & Yeh M.-Y. (2018). Applying game-based learning in nursing education: Empathy board game learning. *Hu li za zhi. The journal of nursing*, 65(1), 96–103. [https://doi.org/10.6224/JN.201802\\_65\(1\).13](https://doi.org/10.6224/JN.201802_65(1).13).
- Lusnich, C. (2013). Neoliberalismo y flexibilización laboral: acerca de la articulación salud-subjetividad-trabajo en los trabajadores de enfermería.
- Lutz, A., C. (1985). *Unnatural Emotions: Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll and Their Challenge to Western Theory* Chicago: University of Chicago Press, 3-13.
- Lynch, G., & Oddone, M. J. (2017). La percepción de la muerte en el curso de la vida: Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Revista de ciencias sociales*, 30(40), 129–150. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0797-55382017000100007&lng=es&tIng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0797-55382017000100007&lng=es&tIng=es).
- Macintyre, A. C. (1984). *After virtue. A study in moral theory*. University of Notre Dame Press.
- Maffesoli, M. (2004). *El tiempo de las tribus: el ocaso del individualismo en las sociedades posmodernas*.
- Magnabosco M, M. (2014). El Construccinismo Social como abordaje teórico para la comprensión del abuso sexual. *Revista de Psicología [Internet]*. 2014; 32 (2): 220-242. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337832618002>.
- Mariano, J., L., Rodríguez, M., B., & Conde, C., D. (2013). Cuidados basados en narrativas: redefiniendo la jerarquía de la evidencia. *Index de Enfermería*, 22(1–2), 55–59. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962013000100012>.
- Martín, F. H., Del Gallego L. R., González, S. A., & Ruiz, J. M. G. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados*, 02, 21-35. <https://doi.org/10.14198/cuid.1997.2.05>.
- Martínez, Y. P., Dávila, Z. B., & Rodríguez, W. P. (2014). Un estudio de competencias emocionales en un grupo de enfermeros del hospital clínico quirúrgico hermanos ameijeiras. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(4). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/47904>.
- Mcadams, D. P. (1993). *Las historias por las que vivimos: los mitos personales y la creación del yo*. William Morrow & Co.

- McCaffrey, G., & McConnell, S. (2015). Compassion: a critical review of peer-reviewed nursing literature. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19–20), 3006–3015. <https://doi.org/10.1111/jocn.12924>
- McKinnon, J. (2018). In their shoes: An ontological perspective on empathy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21–22), 3882–3893. <https://doi.org/10.1111/jocn.14610>.
- Medina, B. L. (2015). Comunidades emocionales: hacia la apertura de la historia de las emociones. *Historia y grafía*, (45), 203-213. Epub 22 de noviembre de 2019. Recuperado en 16 de mayo de 2024, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-09272015000200203&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-09272015000200203&lng=es&tlng=es).
- Méndez, G. E. (2015). Calibán y la bruja: ¡una lucha contra el olvido! *Bajo el Volcán*, 15(22), 101-111.
- Miller, W. R., Malloy, C., Mravec, M., Sposato, M. F., & Groves, D. (2022). Nursing in the spotlight: Talk about nurses and the nursing profession on Twitter during the early COVID-19 pandemic. *Nursing Outlook*, 70(4), 580–589. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2022.02.009>
- Monteiro, E. M. L. M., Brandão Neto, W., Ribeiro, D. F., Feitosa, L. dos S., de Aquino, J. M., & Guedes, T. G. (2019). Caring to nurses in a hospital setting: Meanings unveiled by photography. *Research and Theory for Nursing Practice*, 33(4), 324–343. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.33.4.324>.
- Monti, E. J., & Fingen, M. S. (1999). Multiple paradigms of nursing science. *Advances in Nursing science*, 21(4), 64–80.
- Moreira, G. C. D., & Ferreira, F. A. R. (2021). Relaciones, sentimientos y emociones expresadas en informes virtuales de enfermeras en la pandemia covid-19. *Horizonte De Enfermería*, 32(1), 41–54. [https://doi.org/10.7764/Horiz\\_Enferm.32.1.41-54](https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.32.1.41-54).
- Moreno, A. R. (2017). Hermenéutica y Ciencias Sociales: a propósito del vínculo entre la interpretación de la narración de Paul Ricoeur y el enfoque de investigación biográfico-narrativo. *Análisis*, 49(90 (En-Ju)), 205. <https://doi.org/10.15332/s0120-8454.2017.0090.09>.
- Morin, E. (1994). *El Hombre y La Muerte*. Editorial Kairos.
- Muller, J. H. (1999). Narrative approaches to qualitative research in primary care. En B. Crabtree & W. Miller (Eds.), *Doing qualitative research* (pp. 221–238).
- Muñoz, A. I., Universidad Nacional de Colombia, Velásquez, M. S., & Universidad Nacional de Colombia. (2016). Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a09>.
- Muñoz, Z. C. L., Rumie, D. H., Torres, G. G., & Villarroel, J. K. (2015). Impacto en la Salud mental DE la (Del) enfermera(o) Que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y Enfermería (Impresa)*, 21(1), 45–53. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532015000100005>.

- Nairn, S. (2004). Emergency care and narrative knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 59–67. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03169.x>
- Nespereira, C., & Vázquez, C. (2017). Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. *Enfermería Clínica*, 27(3), 172–178.
- Neuman B. Fawcett J. *The Neuman Systems Model*. Vol 1. 4th edition. Boston Massachusetts: Prentice Hall; 2002.
- Newman, MA. (1994). *Health as expanding consciousness* 2th New York: National League for Nursing Press; 1994.
- Nietzsche, F. (1886). *Más allá del bien y del mal*. Editorial Alianza.
- Nordam, A., Torjuul, K., & Sørli, V. (2005). Ethical challenges in the care of older people and risk of being burned out among male nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14(10), 1248–1256. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01230.x>.
- Nussbaum, M. (2014). *Emociones políticas. ¿Por qué el amor es importante para la justicia?* Paidós.
- Ochs, E. (2000). “Narrativa” en Van Dijk, Teun. (Ed.). *El discurso como estructura y proceso*. Barcelona: Gedisa, pp. 271-303.
- Orem, D. (1980). *Enfermería: conceptos de práctica*, Editorial Mc Graw Hill, segunda edición.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud Mental Laboral*. [https://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2017/es/](https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/).
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Orozco, V. M. M., Zuluaga, R. Y. C., & Pulido, B. G. (2019). Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería. *Revista colombiana de enfermería*, 18(1), 1–16. <https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2308>
- Osornio, B. A. N. (2013). *La gran madre en los matriarcados: un análisis del Arquetipo Materno según la teoría Jungiana (México, D.C.)*. [Monografía Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología]. <http://132.248.9.195/ptd2013/abril/0691361/0691361.pdf>.
- Padovese, L. (1996). *Introducción a la teología patristica*. Navarra: Verbo Divino.
- Paley, J. (2021). *Concept Analysis in Nursing: A New Approach*. Routledge.
- Passeggi, M. (2020). Reflexividad narrativa: “vida, experiencia vivida y ciencia”. *Márgenes*, 1(3), 91–109. <https://doi.org/10.24310/mgnmar.v1i3.9504>.
- Patton M. *Qualitative research and evaluation methods*, fourth edition. Oaks ET, editor. London: Sage Publications; 2002. 606 p.
- Pearson GS. Workplace Violence and Psychiatric Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2023;29(1):3-4. doi:10.1177/10783903221142269.

- Peláez, D. (2020). Comunidades emocionales: afectividades y acción colectiva en organizaciones sociales comunitarias de base en Bogotá.
- Peplau, HE. (1993). Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993. pp. 15-16.
- Pérez, V. M. E., & Cibanal, L. J. (2016). Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Revista CUIDARTE*, 7(1), 1210. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295>.
- Peterson, R. (2002a). Bringing poetry into staff development. *Journal for Nurses in Staff Development: JNSD: Official Journal of the National Nursing Staff Development Organization*, 18(1), 48–50. <https://doi.org/10.1097/00124645-200201000-00010>.
- Peterson, R. (2002b). *Journal for nurses in staff development: JNSD: official journal of the National Nursing Staff Development Organization*. 18, 48–50.
- Polifroni, E. C., & Welch, M. (1999). Perspectives on philosophy of science in nursing: An historical and contemporary anthology. Lippincott Williams and Wilkins.
- Polkinghorne, D. E. (1988). Narrative knowing and the human sciences. State University of New York Press.
- Preston, J. J., Metcalf, P., & Huntington, R. (1993). Celebrations of death: The anthropology of mortuary ritual. *Journal for the scientific study of religion*, 32(1), 94. <https://doi.org/10.2307/1386926>.
- Ramírez Perdomo, Claudia Andrea. (2016). Fenomenología hermenéutica y sus implicaciones en enfermería. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 82-85. Recuperado en 28 de marzo de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000100019&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000100019&lng=es&tlng=es).
- Ramírez, P. M., Cárdenas, J. M., & Rodríguez, J. S. (2015). El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 144–151. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.003>.
- Ramos, B. (2020). La muerte según los filósofos, en la vida cotidiana y en la formación de enfermeras. *Educere*, 503–512.
- Real academia española: Diccionario de la lengua española, 2022. 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.7 en línea]. <https://dle.rae.es>.
- Reed, P. G. (2023). A book review of the 4th edition of philosophies and theories for Advanced Nursing Practice by Janie B. butts and Karen L. rich (2022). *Jones & Bartlett learning. Nursing Science Quarterly*, 36(4), 434–437. <https://doi.org/10.1177/08943184231187847>.
- Ricoeur P. (2001). La metáfora viva. 2a edición. Trotta, editor. Madrid; 438 p.
- Ricoeur, P. (1985). Hermeneútica y Acción. Docencia.
- Ricoeur, P. (2003). Tiempo y narración. III: El tiempo narrado. Siglo XXI.
- Ricoeur, P. (2004). Tiempo y narración I, configuración del tiempo en el relato histórico.

- Ricoeur, P., & Ricur, P. (1997). *Si mismo Como otro*. Siglo XXI Ediciones.
- Rivera, C. (2014). Universos emocionales y subjetividad. *Nueva antropología*, 27(81), 11–31.
- Roberts, M. (2010). Emotional intelligence, empathy and the educative power of poetry: a Deleuzo-Guattarian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(3), 236–241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01500.x>.
- Rodgers, B. (2005). *Developing Nursing Knowledge. Philosophical Traditions and Influences: Lippincot and Wilkins* (Vol. 6).
- Rodríguez, E. V. (2002). El morir y la muerte en la sociedad contemporánea. *Gerencia y Políticas de Salud*, 1(2). <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2902>
- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. F. A. Davis.
- Rogers, M. E. (1988). Nursing science and art: A prospective. *Nursing Science Quarterly*, 1, 99–102.
- Rogers, M. E. (1992). Nursing science and the space age. *Nursing Science Quarterly*, 5, 27–34.
- Roldán, T.A. (2021). Procesos de subjetivación (Foucault): el caso de Don Quijote de la Mancha. *Revista Utopía y Praxis Latinoamericana*. 26, 128–139.
- Rosales, C. (2007). De “perfecta casada” a “ángel del hogar” o la construcción del arquetipo femenino en el XIX. *Tonos Digital*, 0.
- Rosenwein, B. (2002) «Worrying about emotions in History» *American Historical Review* Vol. 107, nº 3. 834-836.
- Rosenwein, B. H. (2006) *Emotional Communities in the early Middle Ages*. Cornell University Press.
- Rosenwein, B. H; William, M. R. (2002) *The Navigation of Feeling. A Framework for the History of Emotions*. *The American Historical Review*, 107, 1181-1182.
- Roy C. *The Roy Adaptation Model*. 3 ed. New Jersey: Pearson; 2009.
- Rubiano, M. Y. L., & Ruiz, S. A. (2012). La narrativa biográfica: Opción metodológica para investigar la relación enfermera-personas viviendo con VIH/SIDA. *Index de Enfermería*, 21(3), 169–173. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962012000200014>.
- Rueda, G. S. (2014). Las emociones en la práctica enfermera. En TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). [https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl\\_10803\\_284050/gsr1de1.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl_10803_284050/gsr1de1.pdf).
- Ruiz, A. (1999). La triangulación. En Ruiz, A., *Metodología de la investigación educativa* (pp. 23–29). Chapecó, Brasil: Grifo.
- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *American journal of critical care: an official publication. American Association of Critical-Care Nurses*, 24(5), 412–420.
- Saldaña, R. A. (2012). Arquetipos de la enfermería en México. *Perinatología y reproducción humana*, 26(1), 51-56. Recuperado en 16 de mayo de 2024, de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372012000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372012000100008&lng=es&tlng=es).

- Saltalamacchia, H. R., & Elias, N. (1984). La sociedad cortesana. *Revista Mexicana de Sociología*, 46(2), 429. <https://doi.org/10.2307/3540189>.
- Santos, I., Alves, A. C. S., Silva, F. S., Penna, L. H. G., & Alvin, N. A. T. (2010). Fundamentos filosóficos e teóricos para novas concepções do cuidar em enfermagem: Contribuição da sociopoética. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 644–651. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000400022>.
- Santos, R. (2016). Relaciones interpersonales entre os profissionais de enfermagem de um hospital pediátrico para o desenvolvimento do cuidado. 2016. 91 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do).
- Schmidt, M., & Haglund, K. (2017). Debrief in emergency departments to improve compassion fatigue and promote resiliency. *Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 24(5), 317–322. <https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000315>.
- Scribano, A., & Mattar, G. V. (2009). Feos, sucios y malos: la regulación de los cuerpos y las emociones en Norbert Elías. *Caderno CRH*, 22(56), 411–422. <https://doi.org/10.1590/s0103-49792009000200014>.
- Segato, R.L. (2016). La guerra contra las mujeres. Editorial Fabricante de Sueños, Madrid, España.
- Següel, P. F., Valenzuela, S. S., & Sanhueza, A. O. (2015). El Trabajo Del profesional DE enfermería: Revisión DE la literatura. *Ciencia y Enfermería (Impresa)*, 21(2), 11–20. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532015000200002>.
- Sharoff, L. (2013). Creative power of metaphorical expression. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 31(1), 6–18. <https://doi.org/10.1177/0898010112461948>.
- Siles, G. J. (2018). La humanización del cuidado a través de las narrativas y la poesía como producto de la investigación aplicada [The Humanization of care Through narratives and poetry as a product of applied research]. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 9-15. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.01>.
- Siles, G. J., Noreña, P. A.L., & Solano, R. C. (2017). La inteligencia emocional durante las prácticas clínicas de alumnos de enfermería: un enfoque desde la antropología educativa aplicada a las prácticas clínicas. *Ene*, 11(2) Recuperado en 24 de abril de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2017000200008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000200008&lng=es&tlng=es).
- Siles, J. (2014). El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antropológica. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 18(38), 9-13. [doi.org/10.7184/cuid.2014.38.01](https://doi.org/10.7184/cuid.2014.38.01).
- Siles, J. (2020). De pandemias, sentimientos y enfermería. En *Cultura de los Cuidados*.
- Siles, J., & Solano, C. (2017). Poesía y cuidados: un instrumento para la gestión de emociones y sentimientos en enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(2), 2393-6606. [doi.org/10.22235/ech.v6i2.1463](https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1463).

- Silva, G. R. N., Silva, G. V. T. (2021). Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. *Enfermería clínica*, 31(2), 128–129. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.011>
- Smith, M., & Liehr, J. (2014). *Middle Range Theory for Nursing*. Third Edition. Springer Publishing Company.
- Smith, M., & Parker, M. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice (Fourth)*. Smith Marlaine C. Parker Marilyn E. *Science of Unitary Human Beings*.
- Solana, M. (2017). Relatos sobre el surgimiento del giro afectivo y el nuevo materialismo: ¿está agotado el giro lingüístico? *Cuadernos De filosofía*, (69), 87-103. <https://doi.org/10.34096/cf.n69.6117>.
- Solano, P. O. (2014). La hermenéutica ricoeuriana en el diálogo entre las ciencias patristicas”. *Franciscanum*, 161, 175–196.
- Solomon, C. R. (1993) *The Passions: Emotions and the Meaning of Life*. Indianapolis: Hackett, 85.
- Stevanin, S., Palese, A., Bressan, V., Vehviläinen-Julkunen, K., & Kvist, T. (2018). Workplace-related generational characteristics of nurses: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1245–1263. <https://doi.org/10.1111/jan.13538>.
- Suárez, G. (2010). Los sistemas sexo/género en distintas sociedades: modelos analógicos y digitales. *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 130, 61–96.
- Terra, M. G., Gonçalves, L. H. T., Santos, E. K. A., & Erdmann, A. L. (2009). The use of Paul Ricoeur's hermeneutic-phenomenologas a methodological framework to guide educational nursing research]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 93–99. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100016>.
- Terry, L., Newham, R., Hahessy, S., Atherley, S., Babenko-Mould, Y., Evans, M., Ferguson, K., Carr, G., & Cedar, S. H. (2017). A research-based mantra for compassionate caring. *Nurse Education Today*, 58, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.07.012>.
- Tomás, S. J., Maynegre, S. M., Pérez, B. M., Metro, A.-R., Barbero, Q.-., & Granell, N. R. (2010). Pecado-drome Delaware agotamiento y riesgo suicida en enfermeras Delaware atención primaria. *Enferm Clin*, 20, 173–178.
- Tönnies, F., & Hollis, M. (2001). *COMMUNITY AND CIVIL SOCIETY*. En J. Harris (Ed.), *Ferdinand Tönnies Community and Civil Society* (pp. 1–2). Cambridge University Press.
- Torres-Contreras CC, Vargas-Escobar LM, Triana-Rodríguez JY. Cuidado espiritual en estudiantes de enfermería: estudio cualitativo. *MedUNAB [Internet]*. 2022;25(3):419-429. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4330>.
- Triviño, Z., Sanhueza, O. (2005). Paradigmas de Investigación en Enfermería. *Cienc Enferm*; 11(1): 17-24.
- Valle, F. M., García, P. C., Quintana, Z. J. A., & García, P. M. O. (2019). Experiencia del profesional de enfermería ante la muerte y el proceso de morir en unidades de cuidado intensivo. *SANUS Revista De Enfermería*.

- Valsiner, J. y Rosa, A. (Eds.) (2007). *The Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vegas, E. F., González, S. G., & Benítez, A. P. (2023). Repercusión de la espiritualidad en el afrontamiento de la vida y de la muerte. Estudio desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. *Cuadernos de Bioética*.
- Velásquez, A., Carvajal, L., & Vélez, J. (2011). I, Trastornos del Estado del Ánimo en Trabajadores de la Salud de un Hospital de Tercer Nivel de Complejidad, Medellín. *Archivos de Medicina*, 14. <https://doi.org/10.3823/1397>.
- Veliz, B. A. L., Dörner, P. A. P., Soto, S. A., Reyes, L. J. L., & Ganga, C. F. (2018). Inteligencia emocional y bienestar psicológico en profesionales de enfermería del sur de Chile. *Medisur*, 16(2), 259-266.
- Ventura, P. (2017). *Universo emocional de Profesionales de Enfermería de España y Reino Unido: Una aproximación desde el análisis del discurso*. Tesis Doctoral.
- Vidal, B. G., Oliver, A., Galiana, L., & Sansó, N. (2019). Calidad de vida laboral y autocuidado en enfermeras asistenciales con alta demanda emocional. *Enfermería clínica*, 29(3), 186–194. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.06.004>.
- Villarreal Rivera, M. D. F. (2016). *Profesionalización y control social en la Escuela Nacional de Enfermeras de la Universidad Central del Ecuador (1942-1970)* (Master's thesis, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador).
- Watson, J (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*.
- Watson, J. (1979). Nursing: The philosophy and science of caring. *Nursing Administration Quarterly*, 3(4), 86–87. <https://doi.org/10.1097/00006216-197900340-00010>.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: University Press of Colorado.
- Webster, L., & Mertova, P. (2007). *Using narrative inquiry as a research method*. Routledge.
- White, H. [1987] (1992). *El contenido de la forma*. Barcelona: Paidós.
- Williams, A. M., & Irurita, V. F. (2004). Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: the patient's perspective. *Journal of clinical nursing*, 13(7), 806–815. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01020.x>.
- Wilstrand, C., Lindgren, B.-M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 72–78. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x>.
- Xie, Z., Wang, A., & Chen, B. (2011). Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1537–1546. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05576.x>.
- Ybáñez, T., Teresa Grau Company, M., Teruel, S. Á., & Daniel, J. (2016). XIV Jornades de Xarxes d'Investigació en Docència Universitària. Investigació, innovació i ensenyament universitari: enfocaments pluridisciplinaris = XIV Jornadas de Redes de Investigación en

Docencia Universitaria. Investigación, innovación y enseñanza universitaria: enfoques pluridisciplinarios. Alacant: Universitat d'Alacant. 1332–1341.

Zamora, E., M. A., & Brito, R. M. (2020). La muerte en la institución hospitalaria. *Revista M. Estudios sobre a morte, os mortos e o morrer*, 5(9), 9–24. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2020.v5i9.9-24>

Zaragoza, J. M., & Moscoso, J. (2017). Comunidades emocionales y cambio social. *Revista de estudios sociales*, 62, 2–9. <http://journals.openedition.org/revestudsoc/936>.

## Tablas

Tabla 1. Entornos laborales como fuente de sufrimiento emocional.

Documentos incluidos	Metodología
Adams, Lisa & Maykut, Colleen. (2015). Special Article Bullying: The Antithesis of Caring Acknowledging the Dark Side of the Nursing Profession. 8.	Cualitativo
Alina Danet y Pedro M. Jimenez Cardoso Vivencias y emociones profesionales en el proceso de donación y trasplantes de órganos. Una revisión sistemática. Cirugía Española, 2019-08-01, Volumen 97, Número 7,	Revisión sistemática
Almazan, J. U., Albougami, A. S., & Alamri, M. S. (2019). Exploring nurses' work-related stress in an acute care hospital in KSA. Journal of Taibah University Medical Sciences, 14(4), 376–382. <a href="https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1016/j.jtumed.2019.04.006">https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1016/j.jtumed.2019.04.006</a>	Cuantitativo
Areces Rodríguez, S., & García Aranda, F. J. (2017). Estresores laborales en profesionales enfermeros de unidades de hospitalización y cuidados críticos. Metas de Enfermería, 20. <a href="https://doi.org/10.35667/metasenf.2019.20.1003081124">https://doi.org/10.35667/metasenf.2019.20.1003081124</a>	Cuantitativo
Arrogante, O., & Aparicio-Zaldivar, E. G. (2020). Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar. Enfermería Intensiva (English Ed), 31(2), 60–70. <a href="https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.004">https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.004</a>	Cuantitativo
Balagué Gea, L., Calderón Gómez, C., Retolaza Balsategui, A., Bacigalupe de la Hera, A., Payo Gordon, J., & Mosquera Metcalfe, I. (2013). Los “otros profesionales” en la atención a persona con depresión: psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras. Index de enfermería, 22(1–2), 35–39. <a href="https://doi.org/10.4321/s1132-12962013000100008">https://doi.org/10.4321/s1132-12962013000100008</a>	Cualitativo
Brown, S., Bain, P., Broderick, P., & Sully, M. (2013). Emotional effort and perceived support in renal nursing: a comparative interview study. Journal of renal care, 39(4), 246–255. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2013.12023.x">https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2013.12023.x</a>	Cualitativo
Burke, L. L., & Williams, M. G. (2011). Celebrating a commitment to care: building concerned practices among practitioners. The Journal of nursing education, 50(1), 51–54. <a href="https://doi.org/10.3928/01484834-20101029-07">https://doi.org/10.3928/01484834-20101029-07</a>	Cualitativo
Cano Arana, A. (2016). Percepción de pacientes y profesionales de Cuidados Intensivos sobre los factores estresantes durante el ingreso en la unidad. Método mixto. Enfermería intensiva, 27(3), 129–131. <a href="https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.07.001">https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.07.001</a>	Estudios mixtos
Carvalho, Nária Soares de Ferré-Grau, Carme, Lluch Canut, Maria Teresa, Serrano-Parra, Dolores, Albarca, Núria, & Palomino, Ana. (2016). Trabajar las emociones mediante b-learning en los futuros profesionales de enfermería: Una experiencia diferente de promoción en salud mental. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (spe3), 51-56. <a href="https://doi.org/10.19131/rpesm.0117">https://doi.org/10.19131/rpesm.0117</a>	Cualitativo
Castro, V. M. C., Velásquez, A. M. C., Carvajal, L. L., & Vélez, J. Q. (2018). Trastornos del estado de ánimo en trabajadores de la salud de un hospital de tercer nivel de complejidad, Medellín, Colombia, 2011-2016. Archivos de medicina, 14(3), 4.	Cuantitativo
Chien, W. T., & Yick, S. Y. (2016). An Investigation of Nurses' Job Satisfaction in a Private Hospital and Its Correlates. The open nursing journal, 10, 99–112. <a href="https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.2174/1874434601610010099">https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.2174/1874434601610010099</a>	Cuantitativo
Danet, A., Jimenez Cardoso, P. M., & Pérez Villares, J. M. (2020). Emotional paths of professional experiences in transplant coordinators. Rutas emocionales en las experiencias profesionales de los equipos de coordinación de trasplantes. Nefrología: publicación oficial de la Sociedad Española Nefrología, 40(1), 74–90.	Revisión sistemática
De Martino, Milva Maria Figueiredo, & Misko, Maira Deguer. (2004). Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 38(2), 161-167. <a href="https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000200006">https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000200006</a>	Cuantitativo
Fang, M., Hu, S. X., & Hall, B. J. (2020). A mental health workforce crisis in China: A pre-existing treatment gap coping with the COVID-19 pandemic challenges. Asian journal of psychiatry, 54, 102265. Advance online publication. <a href="https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1016/j.ajp.2020.102265">https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1016/j.ajp.2020.102265</a>	Revisión de literatura
Fasbinder, A, Shidler, K, Caboral-Stevens, M. A concept analysis: Emotional regulation of nurses. Nurs Forum. 2020; 55: 118– 127. <a href="https://doi.org/10.1111/nuf.12405">https://doi.org/10.1111/nuf.12405</a>	Cuantitativo

Documentos incluidos	Metodología
Fernández Guzmán, I., Sra, Fernández Márquez, M. C., Sra, Rabadán Anta, R., Sr, Navalón Vila, C., Sr, & Martínez Espejo, M. D. (2012). ¿Existe el síndrome de burnout en los profesionales de la salud de las unidades de hemodiálisis de la región de Murcia? <i>Enfermería nefrológica</i> , 15(1), 07–13. <a href="https://doi.org/10.4321/s2254-28842012000100002">https://doi.org/10.4321/s2254-28842012000100002</a>	Cuantitativo
Fernández Sánchez, A., Estrada Salvarrey, M. N., & Arizmendi Jaime, E. R. (2020). Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. <i>Revista de Enfermería Neurológica</i> , 18(1), 29–40. <a href="https://doi.org/10.37976/enfermeria.v18i1.277">https://doi.org/10.37976/enfermeria.v18i1.277</a>	Cuantitativo
Fernández, J. M. D., Segura, I. P., Fernández, J. D., & Padilla, M. D. (2013). Tipologías comportamentales en relación con el burnout, mobbing, personalidad, autoconcepto y adaptación de conducta en trabajadores sanitarios. <i>Atención Primaria</i> , 45(4), 199-207.	Cuantitativo
Freitas, A. R., Carneseca, E. C., Paiva, C. E., & Paiva, B. S. R. (2014). Impacto de un programa de actividad física sobre la ansiedad, la depresión, el estrés ocupacional y el síndrome del agotamiento en el trabajo de los profesionales de enfermería. <i>Revista Latino-Americana De Enfermagem</i> , 22(2), 332-336. <a href="https://doi.org/10.1590/0104-1169.3307.2420">https://doi.org/10.1590/0104-1169.3307.2420</a>	Cuantitativo
García, R, B; Maldonado, R, S, E; Ramírez, B, M. (2014). Estudio affective emotionalism (depression, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. <i>Summa Psicológica UST</i> , Vol. 11, Nº. 1, 2014	Cuantitativo
Glanzner CH, Olschowsky A, Dal Pai D, Tavares JP, Hoffman DA. Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. <i>Rev Gaúcha Enferm</i> . 2017;38(4): e2017-0098. doi: <a href="http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0098">http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0098</a> .	Estudios mixtos
Grant, A. (2011), A critique of the representation of human suffering in the cognitive behavioural therapy literature with implications for mental health nursing practice. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 18: 35-40. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01623.x	Cualitativo
Gutiérrez-Lesmes, O. A., Lobo-Rodríguez, N. J., & Martínez-Torres, J. (2017). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016. <i>Universidad y salud</i> , 20(1), 37. <a href="https://doi.org/10.22267/rus.182001.107">https://doi.org/10.22267/rus.182001.107</a>	Cuantitativo
Hammarström, L., Häggström, M., Devik, S. A., & Hellzen, O. (2019). Controlling emotions-nurses' lived experiences caring for patients in forensic psychiatry. <i>International journal of qualitative studies on health and well-being</i> , 14(1), 1682911. <a href="https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1682911">https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1682911</a>	Cualitativo
Han, A., Won, J., Kim, O., & Lee, S. E. (2015). Anger Expression Types and Interpersonal Problems in Nurses. <i>Asian nursing research</i> , 9(2), 146–151. <a href="https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.04.001">https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.04.001</a>	Cuantitativo
Jiménez Maldonado, Á., & García Millán, S. (2016). Valoración de ansiedad y burnout en los profesionales de enfermería de un servicio de Nefrología. <i>Enfermería nefrológica</i> , 19(2), 118–124. <a href="https://doi.org/10.4321/s2254-28842016000200003">https://doi.org/10.4321/s2254-28842016000200003</a>	Cualitativo
Kim, Yu-Ri & Choi, Han-Gyo & Yeom, Hye-Ah. (2019). Relationships between Exercise Behavior and Anger Control of Hospital Nurses. <i>Asian Nursing Research</i> . 13. 10.1016/j.anr.2019.01.009	Cuantitativo
La, I. S., & Yun, E. K. (2019). Effects of Trait Anger and Anger Expression on Job Satisfaction and Burnout in Preceptor Nurses and Newly Graduated Nurses: A Dyadic Analysis. <i>Asian nursing research</i> , 13(4), 242–248. <a href="https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.09.002">https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.09.002</a>	Cuantitativo
Monteiro, E., Brandão Neto, W., Ribeiro, D. F., Feitosa, L., de Aquino, J. M., & Guedes, T. G. (2019). Caring to Nurses in a Hospital Setting: Meanings Unveiled by Photography. <i>Research and theory for nursing practice</i> , 33(4), 324–343. <a href="https://doi.org/10.1891/1541-6577.33.4.324">https://doi.org/10.1891/1541-6577.33.4.324</a>	Cualitativo
Muñoz Al, Velásquez MS. Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería de los servicios de urgencias y de unidad de cuidado intensivo de tres hospitales de Bogotá. <i>Rev. Fac. Nac. Salud Pública</i> 2016; 34(2): 202-211. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a09	Cuantitativo
Muñoz Zambrano, Carmen Luz, Rumie Díaz, Hossn, Torres Gómez, Gabriela, & Villarroel Julio, Karla. (2015). IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LA(DEL) ENFERMERA(O) QUE OTORGA CUIDADOS EN SITUACIONES ESTRESANTES. <i>Ciencia y enfermería</i> , 21(1), 45-53. <a href="https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100005">https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100005</a>	Cuantitativo
Nespereira, C, T; Campuzanoa, M; Vázquez, C. (2017). Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. <i>Enferm Clin</i> . 2017;27(3):172-178.	Cuantitativo

Documentos incluidos	Metodología
Nordam, A., Torjuul, K., & Sørli, V. (2005). Ethical challenges in the care of older people and risk of being burned out among male nurses. <i>Journal of clinical nursing</i> , 14(10), 1248–1256. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01230.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01230.x</a>	Cualitativo
Orozco-Vásquez Margarita-María; Zuluaga-Ramírez Yury-Carolina; Pulido-Bello Geraldine. Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería. <i>Revista Colombiana de Enfermería</i> . 2019, v. 18, n. 1, e006. <a href="https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2308">https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2308</a>	Revisión de literatura
Parra, A. E., & Gimenez-Amarilla, P. (2016). Relación entre estrés laboral, alucinación y experiencias anómalas entre profesionales de enfermería. <i>Revista ciencia y cuidado</i> , 13(2), 22. <a href="https://doi.org/10.22463/17949831.761">https://doi.org/10.22463/17949831.761</a>	Cuantitativo
Pérez ME, Cibanal LJ. Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. <i>Rev Cuid</i> . 2016; 7(1): 1210-8. <a href="http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295">http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.295</a>	Cualitativo
Preciado Serrano, M. de L., Ambriz Ramos, A., Enríquez Hernández, C. B., & Hernández Chávez, G. (2016). Análisis psicométrico de la escala de estrés para profesionales mexicanos de enfermería/Psychometric analysis of the stress scale for Mexican nursing professionals. <i>RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud</i> , 5(10), 12. <a href="https://doi.org/10.23913/rics.v5i10.35">https://doi.org/10.23913/rics.v5i10.35</a>	Cuantitativo
Ríos Rísquez, M. I., Peñalver Hernández, F., & Godoy Fernández, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. <i>Enfermería intensiva</i> , 19(4), 169–178. <a href="https://doi.org/10.1016/s1130-2399(08)75832-2">https://doi.org/10.1016/s1130-2399(08)75832-2</a>	Cuantitativo
Ríos Rísquez, María Isabel, & Sánchez Meca, Julio, & Godoy Fernández, Carmen (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. <i>Psicothema</i> , 22(4), 600-605. [fiche de Consult 14 de Octubre de 2020]. ISSN: 0214-9915. Disponible en: <a href="https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72715515010">https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72715515010</a>	Cuantitativo
Rosa, J, Bonow, C, Cezar-Vaz, M, Heck, R y Xavier, D. (2018.). Burnout en profesionales de la salud hospitalaria: revisión sistemática de la literatura. EN: <i>Rev. urug. enferm</i> ; 13 (1). 11 p	Revisión sistemática
Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. <i>American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses</i> , 24(5), 412–420. <a href="https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.4037/ajcc2015291">https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.4037/ajcc2015291</a>	Cuantitativo
Sábado, J, T; Montes, H, J. El suicidio en Enfermería es real. <i>Enfermería Clínica</i> 2015;25(5): 288-289 <i>Enfermería Clínica</i>	Editorial
Sánchez-Rueda G. Las emociones en la práctica enfermera. [Tesis doctoral]. Barcelona, España: Universitat Autònoma de Barcelona; 2013. Disponible en: <a href="https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/284050/gsr1de1.pdf?sequence=1">https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/284050/gsr1de1.pdf?sequence=1</a>	Cuantitativo
Schmidt KH, Diestel S. Are emotional labour strategies by nurses associated with psychological costs? A cross-sectional survey. <i>International Journal of Nursing Studies</i> . 2014 Nov;51(11):1450-1461. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.03.003.	Cuantitativo
Silva, F. G. da S., Silva, V. A. da, Martins, J. T., Santana, M. A. de S., & Ribeiro, B. M. dos S. S. (2020). Burnout syndrome in nursing professionals in a neonatal intensive therapy unit/Síndrome de burnout em profissionais da enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal/Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de una unidad de terapia intensiva neonatal. <i>Revista de Enfermagem da UFPI</i> , 9(1), 59. <a href="https://doi.org/10.26694/2238-7234.9159-64">https://doi.org/10.26694/2238-7234.9159-64</a>	Cuantitativo
Stevanin, S., Palese, A., Bressan, V., Vehviläinen-Julkunen, K., & Kvist, T. (2018). Workplace-related generational characteristics of nurses: A mixed-method systematic review. <i>Journal of advanced nursing</i> , 74(6), 1245–1263. <a href="https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1111/jan.13538">https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1111/jan.13538</a>	Revisión sistemática
Tomás-Sábado J, Maynegre-Santaularia METRO, Pérez-Bartolomé METRO, Alsina-Rodríguez METRO, Quinta-Barbero R, Granell-Navas S. Pecado-drome Delaware agotamiento y riesgo suicida en enfermeras Delaware atención primaria. <i>Enferm Clin</i> . 2010; 20: 173 --- 8.	Revisión sistemática
Vargas-Cruz LD, Niño-Cardozo CL, Acosta-Maldonado YY. Estrategias que modulan el síndrome de Burnout en enfermeros (as): una revisión bibliográfica. <i>Rev. cienc. ciudad</i> . 2017; 14(1): 111-131.	Revisión de literatura
Veliz-Burgos A, Dörner-Paris A, Soto-Salcedo A, Reyes-Lobos J, Ganga-Contreras F. Inteligencia emocional y bienestar psicológico en profesionales de enfermería del sur de Chile. <i>Medisur [revista en Internet]</i> . 2018 [citado 2020 Oct 15]; 16(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <a href="http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3885">http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3885</a>	Cuantitativo

<b>Documentos incluidos</b>	<b>Metodología</b>
Vidal-Blanco G., Oliver A, Galiana L, Sansó N. Calidad de vida laboral y autocuidado en personal de enfermería con alta demanda emocional. <i>Enfermería Clínica</i> . 2019; 29(3):186-194.	Cualitativo
Wilstrand, C., Lindgren, B. M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a Cualitativo study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> , 14(1), 72–78. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x</a>	Cualitativo
Xie, Z., Wang, A., & Chen, B. (2011). Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. <i>Journal of advanced nursing</i> , 67(7), 1537–1546. <a href="https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1111/j.1365-2648.2010.05576.x">https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1111/j.1365-2648.2010.05576.x</a>	Cuantitativo

**Tabla 2.** Intervenciones promocionales y preventivas para mejorar el rendimiento laboral.

Documentos incluidos	Metodología
Ambrosi, E., Canzan, F., Di Giulio, P., Mortari, L., Palese, A., Tognoni, G., Saiani, L., & A cura di (2020). The covid-19 emergency in the words of the nurses	Cualitativo
Beltrán Rodríguez, R. 2014. Antropología y Enfermería: Narrativa del sufrimiento y dolor. La formación para la expresión y comprensión emocional de los profesionales en los espacios sanitarios. Tesis presentada en la Universidad Fernando Pessoa como parte de los requisitos para la obtención del grado de doctor en Antropología Social y Cultural.	Tesis
Berrios Martos, M. Pilar, Augusto Landa, José María, & Aguilar Luzón, María del Carmen. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios: Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. <i>Index de Enfermería</i> , 15(54), 30-34. Recuperado en 14 de octubre de 2020, de <a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1132-12962006000200006&amp;lng=es&amp;tlng=es">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1132-12962006000200006&amp;lng=es&amp;tlng=es</a> .	Cuantitativo
Bowman G. S. (2001). Emotions and illness. <i>Journal of advanced nursing</i> , 34(2), 256–263. <a href="https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01752.x">https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01752.x</a>	Cuantitativo
Brito-Brito, P. R., Fernández-Gutiérrez, D. Á., & Cuéllar-Pompa, L. (2020). Manejo Emocional De La Crisis Sanitaria Ante El Coronavirus: Una Revisión Narrativa [Emotional management of the health crisis by coronavirus: A narrative review]. <i>Enfermería clínica</i> , 10.1016/j.enfcli.2020.05.010. Advance online publication.	Revisión narrativa
Brown A (2020) Will Covid-19 affect the delivery of compassionate nursing care? <i>Nursing Times</i> [online]; 116: 10, 32-35.	Revisión de literatura
Brunero, S., Lamont, S., & Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. <i>Nursing inquiry</i> , 17(1), 65–74. <a href="https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x">https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1111/j.1440-1800.2009.00482.x</a>	Cuantitativo
Caldarola, Y., & Bonnemains, C. (2012). Amélie, un cas de souffrance alternée [Amélie, a case of alternating suffering]. <i>Soins. Psychiatrie</i> , (282), 26–29.	Cualitativo
Callis A. M. (2020). Application of the Roy Adaptation Theory to a care program for nurses. <i>Applied nursing research: ANR</i> , 151340. Advance online publication. <a href="https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1016/j.apnr.2020.151340">https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1016/j.apnr.2020.151340</a>	Revisión de literatura
Caro Alonso, Pedro Ángel; Rodriguez-Martin, Beatriz. Potentialities of resilience of nursing professionals. <i>Index Enferm</i> , Granada, v. 27, n. 1-2, p. 42-46, jun. 2018. Disponible en < <a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1132-12962018000100009&amp;lng=es&amp;nrm=iso">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1132-12962018000100009&amp;lng=es&amp;nrm=iso</a> >. accedido en 14 oct. 2020.	Cuantitativo
Castillejos, Lizbeth Morales, Verónica, Yara Gracia, & Olvera, Erick Landeros. (2020). Relación de la inteligencia emocional con el cuidado otorgado por enfermeras/os. <i>Revista Cuidarte</i> , 11 (3), e989. Epub 10 de mayo de 2021. <a href="https://doi.org/10.15649/cuidarte.989">https://doi.org/10.15649/cuidarte.989</a>	Cualitativo
Cunha, Artur Rodrigues; Araújo, Suely Amorim de; Peres, Lívia de Paula. (2016) Informes de profesionales de enfermería sobre los frecuentes eventos emocionales que ocurren en pacientes sin posibilidad terapéutica. <i>Enfermería (São Paulo)</i> ; 19 (221): 1422-1427.	Revisión sistemática
Da Nóbrega, J., Nitschke, R., Souza, A., & Santos, E. (2012). A SOCIOLOGIA COMPREENSIVA DE MICHEL MAFFESOLI: IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA EM ENFERMAGEM. <i>Cogitare Enfermagem</i> , 17(2). doi: <a href="http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i2.24572">http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i2.24572</a>	Editorial
Dávila Chávez GK, Quispe Rivasplata RV, Vilca Zorrilla EV. Nivel de inteligencia emocional del profesional de enfermería y la calidad de cuidado percibido por los pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis. Universidad Nacional del Callao. Callao, 2015.	Cuantitativo
De Melo beserra, francisca, Alves e souza, ângela maria, de aráújo moreira, débora, Santos alves, maria dalva, & Pereira d'alencar, bárbara. (2010). Significado do trabalho dos profissionais de enfermagem no hospital geral. <i>Avances en Enfermería</i> , 28(2), 31-39. Retrieved November 05, 2020, from <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0121-45002010000200003&amp;lng=en&amp;tlng=pt">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0121-45002010000200003&amp;lng=en&amp;tlng=pt</a> .	Cualitativo

Devik, S. A., Enmarker, I., & Hellzen, O. (2013). When expressions make impressions-nurses' narratives about meeting severely ill patients in home nursing care: a phenomenological-hermeneutic approach to understanding. <i>International journal of Qualitative studies on health and well-being</i> , 8, 21880.	Cualitativo
Engin, E., & Cam, O. (2006). Correlation between psychiatric nurses' anger and job motivation. <i>Archives of psychiatric nursing</i> , 20(6), 268–275. <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.07.004">https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.07.004</a>	Cuantitativo
Enríquez-Quintero ID, López-Cisneros MA, Calixto-Olalde MG. Empatía en la relación enfermera-paciente: perspectiva de los patrones del conocimiento de Barbara Carper. <i>Rev Enferm IMSS</i> . 2019;27(4):230-236.	Cualitativo
Gabrielle, Sarah & Jackson, Debra & Mannix, Judy. (2008). Adjusting to personal and organisational change: Views and experiences of female nurses aged 40–60 years. <i>Collegian (Royal College of Nursing, Australia)</i> . 15. 85-91. <a href="https://doi.org/10.1016/j.colegn.2007.09.001">10.1016/j.colegn.2007.09.001</a> .	Cualitativo
Giménez-Espert MC, Castellano-Rioja E, Prado-Gascó VJ. Empathy, emotional intelligence, and communication in Nursing: The moderating effect of the organizational factors. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> . 2020;28:e3333. DOI: <a href="http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3286.3333">http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3286.3333</a> .	Cuantitativo
Giménez-Espert MC, Prado-Gascó VJ, Valero-Moreno S. Impact of work aspects on communication, emotional intelligence and empathy in nursing. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> . 2019;27:e3072.	Cuantitativo
Guerrero, M. E., Hidalgo, S. V., & Salas, H. V. (2011). Vivencia holística del estrés en profesionales de Enfermería. <i>Enfermería Actual en Costa Rica</i> , (20).	Cualitativo
Herrero AA. Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería. Universidad de Barcelona; 2013.	Cuantitativo
Hope-Stone, L. D., & Mills, B. J. (2001). Developing empathy to improve patient care: a pilot study of cancer nurses. <i>International journal of palliative nursing</i> , 7(3), 146–150. <a href="https://doi.org/10.12968/ijpn.2001.7.3.8913">https://doi.org/10.12968/ijpn.2001.7.3.8913</a>	Cuantitativo
Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. <i>Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing</i> , 47(2), 186–194. <a href="https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1111/jnu.12122">https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1111/jnu.12122</a>	Cuantitativo
Jones, J., Winch, S., Strube, P., Mitchell, M., & Henderson, A. (2016). Delivering compassionate care in intensive care units: nurses' perceptions of enablers and barriers. <i>Journal of advanced nursing</i> , 72(12), 3137–3146. <a href="https://doi.org/10.1111/jan.13064">https://doi.org/10.1111/jan.13064</a>	Cualitativo
Kendall S. Admiring courage: Nurses' perceptions of caring for patients with cancer. <i>European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society</i> . 2006 Dec;10(5):324-334. DOI: 10.1016/j.ejon.2006.01.005.	Cualitativo
Ko, Hsun-Kuei <sup>1</sup> ; Chin, Chi-Chun <sup>2</sup> ; Hsu, Min-Tao <sup>3*</sup> Moral Distress Model Reconstructed Using Grounded Theory, <i>Journal of Nursing Research: February 2018 - Volume 26 - Issue 1 - p 18-26</i> doi: 10.1097/JNR.000000000000189	Cualitativo
Labrague, L. J., & de Los Santos, J. (2020). Fear of Covid-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. <i>Journal of nursing management</i> , 10.1111/jonm.13168. Advance online publication. <a href="https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1111/jonm.13168">https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1111/jonm.13168</a>	Cualitativo
Lowson P. (2020). Benefits of mindful compassion for staff, patients and carers. <i>British journal of nursing</i> (Mark Allen Publishing), 29(17), s22–s29. <a href="https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.12968/bjon.2020.29.17.S22">https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.12968/bjon.2020.29.17.S22</a>	Cuantitativo
Lu, Chueh-Fen & Wu, Shu-Mei & Ying Mei, Shu & Yeh, Mei-Yu. (2018). Applying Game-Based Learning in Nursing Education: Empathy Board Game Learning. <i>Hu li za zhi The journal of nursing</i> . 65. 96-103. <a href="https://doi.org/10.6224/JN.201802_65(1).13">10.6224/JN.201802_65(1).13</a>	Cualitativo
McKinnon J. (2018). In their shoes: An ontological perspective on empathy in nursing practice. <i>Journal of clinical nursing</i> , 27(21-22), 3882–3893. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.14610">https://doi.org/10.1111/jocn.14610</a>	Cualitativo
Mora-Escalante, Elena. (2016). La interpretación y comprensión hermeneútica: base para transformar el cuidado de enfermería. <i>Index de Enfermería</i> , 25(1-2), 5-6. Recuperado en 14 de octubre de 2020, de <a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1132-12962016000100001&amp;lng=es&amp;tlng=es">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1132-12962016000100001&amp;lng=es&amp;tlng=es</a> .	Revisión de literatura

Peña Martínez, Yisnelys, Zoe Bello Dávila y Wilfredo Pérez Rodríguez (2014), "Un estudio de competencias emocionales en un grupo de enfermeros del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameigeiras", en Revista electrónica de Psicología Iztacala, vol. 17, núm. 4, México, Universidad Autónoma de México, pp. 1333-1348, disponible en <a href="http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num4/Vol17No4Art1.pdf">http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num4/Vol17No4Art1.pdf</a>	Cuantitativo
Perry, B., Toffner, G., Merrick, T., & Dalton, J. (2011). An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. <i>Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique</i> , 21(2), 91–105. <a href="https://doi.org/10.5737/1181912x2129197">https://doi.org/10.5737/1181912x2129197</a>	Cualitativo
Phillips, C., & Welcer, B. (2017). Songs for the Soul: A Program to Address a Nurse's Grief. <i>Clinical journal of oncology nursing</i> , 21(2), 145–146. <a href="https://doi.org/10.1188/17.CJON.145-146">https://doi.org/10.1188/17.CJON.145-146</a>	Cualitativo
Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. <i>Rev CES Med</i> 2018; 32(2): 129-140.	Revisión de literatura
Santos, Roberta de Oliveira Jaime Ferreira Lima dos. Relações interpessoais entre os profissionais de enfermagem de um hospital pediátrico para o desenvolvimento do cuidado. 2016. 91 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2016	Cualitativo
Següel Palma, Fredy, Valenzuela Süazo, Sandra, & Sanhueza Alvarado, Olivia. (2015). EL TRABAJO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA. <i>Ciencia y enfermería</i> , 21(2), 11-20. <a href="https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200002">https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000200002</a>	Revisión de literatura
Skomakerstuen Ødbehr, L., Kvigne, K., Hauge, S. & Danbolt, L.J. (2015) A Qualitative study of nurses' attitudes towards' and accommodations of patients' expressions of religiosity and faith in dementia care. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 71(2), 359– 369. doi: 10.1111/jan.12500	Cualitativo
Wilstrand, C., Lindgren, B. M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a Qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> , 14(1), 72–78. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x</a>	Cualitativo

**Tabla 3.** Las emociones en la narración biográfico expresiva.

Documentos incluidos	Metodología
Arrizabalaga, J. (2019). El lenguaje de las emociones en las narrativas humanitarias durante la segunda guerra carlista (1872-1876). <i>Revista de Lexicografía</i> , 25, pp. 115-129. DOI: <a href="https://doi.org/10.17979/rlex.2019.25.0.5990">https://doi.org/10.17979/rlex.2019.25.0.5990</a>	Cualitativo
Bradbury-Jones, C., Coleman, D., Davies, H., Ellison, K., & Leigh, C. (2010). Raised emotions: A critique of the Peshkin Approach to Reflection. <i>Nurse education today</i> , 30(6), 568–572. <a href="https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.12.002">https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.12.002</a>	Revisión de literatura
Clancy, M. (2017). Exploring an autoethnographic stance with poetry in children's nursing. <i>Journal of Research in Nursing</i> , 22(6–7), 465–476. <a href="https://doi.org/10.1177/1744987117725364">https://doi.org/10.1177/1744987117725364</a>	Cualitativo
Dolores Martín-Moruno (2020) A female genealogy of humanitarian action: compassion as a practice in the work of Josephine Butler, Florence Nightingale and Sarah Monod, <i>Medicine, Conflict and Survival</i> , 36:1, 19-40, DOI: 10.1080/13623699.2020.1719582	Cualitativo
Hagman, George. (2009). Art and self: a new psychoanalytic perspective on creativity and aesthetic experience. <i>Annals of the New York Academy of Sciences</i> . 1159. 164-73.	Cualitativo
Hunter L. P. (2002). Poetry as an aesthetic expression for nursing: a review. <i>Journal of advanced nursing</i> , 40(2), 141–148. <a href="https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02356.x">https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02356.x</a>	Revisión de literatura
Khoshmehr, Z., Barkhordari-Sharifabad, M., Nasiriani, K., & Fallahzadeh, H. (2020). Moral courage and psychological empowerment among nurses. <i>BMC nursing</i> , 19, 43. <a href="https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1186/s12912-020-00435-9">https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2399/10.1186/s12912-020-00435-9</a>	Cualitativo
Macaya, S, X, C; Pihan, V, R; Parada, B, V. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. <i>Humanidades Médicas</i> ; 18 (2):215 – 232.	Revisión de literatura
Mariano Juárez, Lorenzo, Rodríguez Martín, Beatriz, & Conde Caballero, David. (2013). Cuidados basados en narrativas: redefiniendo la jerarquía de la evidencia. <i>Index de Enfermería</i> , 22(1-2), 55-59. <a href="https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100012">https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100012</a>	Revisión de literatura
McCaffrey, G., & McConnell, S. (2015). Compassion: a critical review of peer-reviewed nursing literature. <i>Journal of clinical nursing</i> , 24(19-20), 3006–3015. <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.12924">https://doi.org/10.1111/jocn.12924</a>	Cualitativo
Muñoz YMA. Patrón de conocimiento personal identificado en narrativas de profesores de Enfermería. <i>Rev Cuid</i> . 2019; 10(2): e688. <a href="http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.688">http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.688</a>	Cualitativo
Nairn S. (2004). Emergency care and narrative knowledge. <i>Journal of advanced nursing</i> , 48(1), 59–67. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03169.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03169.x</a>	Cualitativo
Newham, R., Terry, L., Atherley, S., Hahessy, S., Babenko-Mould, Y., Evans, M., Ferguson, K., Carr, G., & Cedar, S. (2019). A moral profession: Nurse educators' selected narratives of care and compassion. <i>Nursing Ethics</i> , 26(1), 105–115. <a href="https://doi.org/10.1177/0969733016687163">https://doi.org/10.1177/0969733016687163</a>	Cualitativo
O'Connor M. (2018). Advocacy: Perspectives of Future Nurse Administrators. <i>Nursing administration quarterly</i> , 42(2), 136–142. <a href="https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000283">https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000283</a>	Cualitativo
Peterson R. (2002). Bringing poetry into staff development. <i>Journal for nurses in staff development: JNSD: official journal of the National Nursing Staff Development Organization</i> , 18(1), 48–50. <a href="https://doi.org/10.1097/00124645-200201000-00010">https://doi.org/10.1097/00124645-200201000-00010</a>	Cualitativo
Roberts, Marc. (2010). Emotional intelligence, empathy and the educative power of poetry: A Deleuzo-Guattarian perspective. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> . 17. 236-41. 10.1111/j.1365-2850.2009.01500.x.	Revisión de literatura
Schmidt M, Haglund K. Debrief in Emergency Departments to Improve Compassion Fatigue and Promote Resiliency. <i>J Trauma Nurs</i> . 2017 Sep/Oct;24(5):317-322. doi: 10.1097/JTN.0000000000000315. PMID: 28885522.	Cuantitativo
Sharoff L. (2013). Creative power of metaphorical expression. <i>Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association</i> , 31(1), 6–18. <a href="https://doi.org/10.1177/0898010112461948">https://doi.org/10.1177/0898010112461948</a>	Cualitativo
Siles González, J. (2014) El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antropoética. <i>Cultura de los Cuidados</i> (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.01">http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.01</a>	Cualitativo
Siles-González, J. (2018). La humanización del cuidado a través de las narrativas y la poesía como producto de la investigación aplicada. <i>Cultura de los Cuidados</i> (Edición digital), 22(52). Recuperado de <a href="http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.01">http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.01</a>	Cualitativo

Terry, L., Newham, R., Hahessy, S., Atherley, S., Babenko-Mould, Y., Evans, M., Ferguson, K., Carr, G., & Cedar, S. H. (2017). A research-based mantra for compassionate caring. <i>Nurse education today</i> , 58, 1–11. <a href="https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.07.012">https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.07.012</a>	Cualitativo
Tortosa Ybáñez, María Teresa; Grau Company, Salvador; Álvarez Teruel, José Daniel (coords.). XIV Jornades de Xarxes d'Investigació en Docència Universitària. Investigació, innovació i ensenyament universitari: enfocaments pluridisciplinaris = XIV Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria. Investigación, innovación y enseñanza universitaria: enfoques pluridisciplinarios. Alacant: Universitat d'Alacant, Institut de Ciències de l'Educació, 2016. ISBN 978-84-608-7976-3, pp. 1332-1341	Cualitativo
Watkins, P., & Watkins, V. J. (2017). Alice Welford (1887–1918), a nurse in World War I: The impact of kindness and compassion. <i>Journal of Medical Biography</i> , 25(1), 56–59. <a href="https://doi.org/10.1177/0967772015575881">https://doi.org/10.1177/0967772015575881</a>	Cualitativo

## Figuras

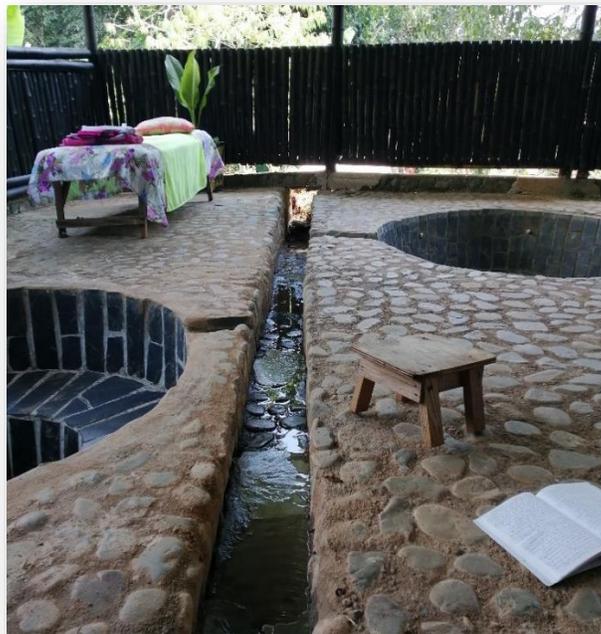
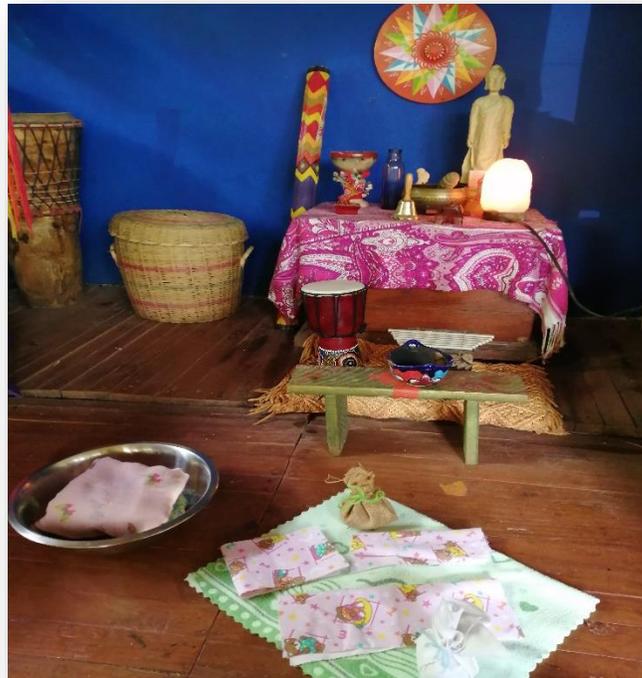
**Figura 6.** Registro fotográfico de actividades multisensoriales.



*Espacio dispuesto para envoltura relajante y descripción de insumos empleados: Cobija exterior, paños, almohadas de protección para cuello y rodillas.*



*Participante que recibe envoltura en región lumbar.*



*Insumos para envoltura dispuestos en el hogar de una de las participantes.*

**Figura 7.** Registro fotográfico de boticas y canastas de cuidado personal.



*Botica y canasta de cuidados afectivos incluye: papel doble faz para escribir relatos significativos, paños de tela para realizar compresas de calor, aceite esencial de rosas, sal marina, jengibre en polvo y romero.*

## Anexos

### Anexo No. 01 Consentimiento Informado



#### Hoja informativa del proyecto

#### **Proyecto: Tramas Emocionales en Prácticas de Cuidado desde Narrativas Biográficas Expresivas de Profesionales de Enfermería**

##### **1. ¿De qué es este estudio?**

Este estudio está centrado en las emociones de profesionales de enfermería en prácticas de cuidado a través de narrativas biográficas. Su objetivo general es Comprender las tramas emocionales que emergen en los procesos de cuidado desde la narrativa biográfica de profesionales de enfermería. Se efectuará mediante encuentros expresivos individuales, entrevistas biográficas a profundidad y grupos de discusión. Los encuentros expresivos individuales involucran tres momentos: 1. De vinculación empática (a través de actividades de cuidado multisensorial como lavado de pies y manos, masajes de pies y manos, aromaterapia, mini conciertos de música en vivo), 2. De entrevista biográfica a profundidad (individual) y 3. De actividades expresivas (fotografía, fotovoz, dibujo, pintura, collages, cuentos, fábulas, poesías y costura).

##### **2. ¿Quién realiza este estudio?**

El estudio es realizado por Yamileth Castaño Mora estudiante del Doctorado de Enfermería de la Universidad de Antioquia – Facultad de Enfermería. Seré la encargada directa de los encuentros expresivos, las entrevistas biográficas y los grupos de discusión.

##### **3. ¿Qué implica mi participación en este estudio?**

Su participación implica tener la disposición para participar en los encuentros expresivos (3 en total) que incluyen las entrevistas biográficas y los grupos de discusión (3 en total). Dado el enfoque biográfico narrativo el (la) participante deberá disponerse a recordar su propia vivencia, así como también leer y releer sus relatos/narrativas. Las entrevistas biográficas son individuales y a profundidad y exploran el siguiente tema: emociones en la trayectoria de vida de profesionales de enfermería. Tanto los encuentros expresivos como los grupos de discusión serán desarrollados según fecha, hora y lugar de conveniencia del (a) participante. En caso de requerirse profundizar en detalles específicos, se podrán programar nuevos espacios para la continuación de las entrevistas biográficas a profundidad. Este estudio no representa ningún costo ni beneficio económico para usted.

##### **4. ¿Cuánto tiempo duran los encuentros expresivos, las entrevistas biográficas a profundidad y los grupos de discusión?**

Tanto los encuentros expresivos como los grupos de discusión tendrán una duración de 60 a 90 minutos aproximadamente.

#### **5. ¿Me puedo retirar del estudio?**

Su participación en el estudio es voluntaria y no se encuentra obligado (a) a permanecer en el mismo. Si no se desea continuar con el encuentro expresivo, la entrevista biográfica a profundidad o el grupo de discusión siempre podrá suspender la participación en dicho momento y solicitar que se elimine o no la grabación, así como también definir su permanencia o no en el estudio. En caso de no continuar en el proyecto la información suministrada no será incluida en el mismo.

#### **6. ¿Conocerán otras personas los resultados?**

Todos los aspectos del estudio incluyendo los resultados son estrictamente confidenciales y solo la investigadora y su directora de tesis doctoral tendrán acceso a la información de los (as) participantes que desde el inicio estará anonimizada y se empleará solo con fines académicos. Los encuentros expresivos, las entrevistas biográficas a profundidad y los grupos de discusión serán grabados en audio y transcritos para que dicha información puede ser devuelta para lectura a los (as) participantes, quienes podrán solicitar mejoras del relato. Tanto en el informe como en productos de publicación derivados de la investigación los datos de los (as) participantes no serán expuestos, salvo que la persona indique su deseo de hacer visible su identificación.

#### **7. ¿En qué me beneficia el estudio?**

Los encuentros expresivos representan un beneficio documentado en la mejora del bienestar integral de la persona que participa, puesto que a la par que aporta a la investigación, se vincula en una experiencia de cuidado a través de las actividades multisensoriales, expresivas y la entrevista biográfica misma. Esta última tiene un alto potencial sanador puesto que permite evocar situaciones (resueltas o no resueltas) y efectuar ejercicios de resignificación de las mismas en medio de un ambiente protegido.

La presente investigación se encuentra clasificada según el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, como una *investigación de riesgo mínimo* “en la que se efectúan procedimientos comunes” que no implican riesgo para la salud y el bienestar de los (as) participantes. Sin embargo, dada la naturaleza de la investigación vinculada con la comprensión de las emociones de profesionales de enfermería, existe un riesgo asociado con la vivencia de algún tipo de malestar emocional derivado de los ejercicios de evocación biográfica que se efectúen durante el proyecto. Esta situación que recibirá el acompañamiento pertinente tanto por parte de la investigadora, dada mi formación y experiencia profesional en el área de la salud mental, que me permite acompañar desde el uso de los primeros auxilios emocionales, así como también, derivar en caso necesario, la continuación del proceso terapéutico a profesionales de salud mental de la entidad de salud del (a) participante, permaneciendo en todo caso cercana y dispuesta al cobijo de la experiencia emocional y asistencial en la institución pertinente.

#### **8. ¿Puedo contarles a otras personas del estudio?**

Si, puede hacerlo. De hecho, agradezco que pueda identificar y remitir a otros (as) posibles participantes en el estudio.

#### **9. ¿Qué puedo hacer si requiero información adicional?**

Una vez leída esta información la investigadora Yamileth Castaño Mora se contactará con usted para resolver cualquier tipo de inquietud adicional. El contacto durante o posterior a la investigación puede efectuarse al teléfono: 3182544926 y al correo electrónico: [yamileth.castano@udea.edu.co](mailto:yamileth.castano@udea.edu.co).

Yo \_\_\_\_\_

(escribir nombre), doy mi consentimiento para participar en la investigación titulada: **Tramas Emocionales en Prácticas de Cuidado desde Narrativas Biográficas de Profesionales de Enfermería.**

Al dar mi consentimiento reconozco que:

1. Se me han explicado los mecanismos y tiempo requeridos por el estudio, incluyendo cualquier inconveniente, riesgo, malestar o efecto secundario, y sus implicaciones y se me han respondido a satisfacción las preguntas que haya tenido sobre la investigación.
2. He leído la declaración de consentimiento informado y he tenido la oportunidad de discutir con el investigador la información y mi participación en este estudio.
3. Entiendo que mi participación es estrictamente confidencial. Entiendo que cualquier resultado de la investigación puede ser publicada, sin embargo, ninguna información sobre mí podrá ser usada de modo que permita mi identificación.
4. Entiendo que me puedo retirar del estudio en cualquier momento, sin afectar mi relación con la investigadora ahora o en el futuro.
5. Entiendo que, si no deseo continuar, puedo detener la entrevista en cualquier momento, la grabación de audio será borrada y la información suministrada no será incluida en el estudio.
6. Entiendo que las elaboraciones expresivas serán incluidas dentro de los relatos según la consideración de la investigadora y en todo caso se tendrá cuidado de guardar igualmente la confidencialidad sobre este tipo de productos. En caso de emplearse fotografía o fotovoz por parte del (a) participante, si aparecen personas adicionales a éste (a) deberá contarse con la autorización de las mismas para el uso de dicho material.
7. Autorizo:

Grabación de Audio	Si	No
Recibir relatos/narrativas/informe para devolución	Si	No
Asistir a socialización de la información	Si	No

Si respondió afirmativamente a recibir relatos/narrativas/informe por favor indique sus datos de contacto como teléfono celular y correo electrónico:

Teléfono celular	
Correo electrónico	

Nombre: \_\_\_\_\_

No. de Cédula: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

## Testigo No. 01

Nombre: \_\_\_\_\_  
No. de Cédula: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

## Testigo No. 02

Nombre: \_\_\_\_\_  
No. de Cédula: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Gracias por su participación

Yamileth Castaño Mora  
Estudiante Doctorado en Enfermería  
Universidad de Antioquia

## Anexo 2. Instrumento de caracterización sociobiográfica

Instrumento de Caracterización Sociobiográfica															
<b>Participante</b>															
<b>Código</b>					<b>Pseudónimo</b>										
<b>Edad: años cumplidos</b>															
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>				<b>Femenino</b>			<b>Intersexual</b>			<b>Otro</b>				
	Cuál														
<b>Identidad de Género</b>	<b>No binario</b>			<b>Fluido</b>			<b>Mujer</b>			<b>Hombre</b>			<b>Otro</b>		
	Cuál														
<b>Orientación Sexual</b>	<b>Homosexual</b>			<b>Heterosexual</b>			<b>Bisexual</b>			<b>Asexual</b>			<b>Pansexual</b>		
	<b>Prefiero no decirlo</b>			<b>Otro</b>			Cuál								
<b>Municipio de Procedencia</b>															
<b>Municipio de Residencia</b>															
<b>Estado Civil</b>	<b>Soltero</b>			<b>Casado</b>			<b>Unión Libre</b>			<b>Separado (a)</b>			<b>Viudo (a)</b>		
<b>Nivel de Formación Posgradual</b>				<b>Especialización</b>			<b>Maestría</b>			<b>Doctorado</b>			<b>Posdoctorado</b>		

<b>Área de Desempeño Profesional</b>										
<b>Naturaleza de la entidad en la que labora o laboró</b>			<b>Pública</b>				<b>Privada</b>			
<b>Conformación del Grupo Conviviente</b>	<b>Vive sola</b>		<b>Vive con personas sin vínculo consanguíneo</b>		<b>Vive con pareja</b>		<b>Vive con pareja e hijos</b>		<b>Vive con pareja, hijos y otros familiares</b>	
	<b>Vive con hijos sin pareja</b>		<b>Vive con hijos sin pareja y otros familiares</b>		<b>Otro</b>		<b>Cuál</b>			
<b>Prácticas religiosas/espirituales frecuentes (por lo menos 1 vez por semana)</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>		<b>Cuáles</b>					
<b>Prácticas de ocio, recreación y deporte frecuentes (por lo menos una vez a la semana)</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>		<b>Cuáles</b>					

Morbilidad significativa para el (la) participantes	Si	No	Cuál/ Cuáles										
Prácticas expresivas que le guste realizar	Fotografía	Fotovoz	Diarios Expresivos	Cuentos	Poesías								
	Dibujos	Pinturas	Collages	Narrativas Textiles	Ninguna								
	Otras	Cuál /Cuáles											

